Justice Manitoba
Manitoba Justice

102-02631/

Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2000

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

Table of Contents

History of the Medical Examiner's System	1
Introduction	2
Caseload Statistics – 2000	4
Types of Deaths Investigated and Certified	6
Homicides	6
Suicides	7
Accidental Deaths	9
Undetermined Deaths	10
Natural Deaths	11
Summary of Children's Deaths	12
Summary of Deaths of Personal Care Home Residents	12
Sudden Infant Death Syndrome	13
Manitoba Deaths – A 10 Year Review	14
Inquests	17
Inquests/Recommendations – 2000	18
Reported Deaths of Children-in-Care	25
Chief Medical Examiner's Recommendations To Minister of Family Services – 2000	26

History of the Medical Examiner's System

The medical examiner and the medical examiner's system have evolved from duties that were assigned to coroners and systems put in place to effect the legislated and non-legislated responsibilities of the office.

The word "coroner" is derived from the old French spelling of the word "crown". The Office of the "Crowner" (Crown representatives) was originally established to secure revenues that accrued to the Crown in the event of sudden or unexplained deaths.

The first detailed statute on the Office of the Coroner was the Statute of Westminster in 1275, which established the office for revenue purposes. Subsequent British legislation shifted the coroner's responsibility to the investigation of deaths due to violence or unnatural means but retained the revenue aspect through a fee payable to the coroner for each inquest held.

Historically Canada inherited the concepts of coroner and coroner's inquest as part of the common law. The common law powers of a coroner to indict persons upon an inquisition for murder or manslaughter, to commit them for trial, and to certify evidence were incorporated as part of the Canadian Criminal Law in 1892, at which time the indictment function of the inquest was terminated.

The subsequent enactment of provincial legislation established the jurisdiction and role of the coroner and continued the coroner's functions of investigating deaths, empanelling juries, and conducting inquisitions (inquests). In some provinces and territorial jurisdictions the coroner's concept still remains.

With the advancement of the forensic sciences and pathologists specially trained in forensic medicine, it seemed logical to report cases to qualified medical persons instead of lay coroners as the bulk of reportable cases were medical in nature. From this evolved the medical examiner's system.

As recently as 1971 Manitoba enacted and proclaimed *The Fatality Inquiries Act* to replace *The Coroner's Act*. This statute was reenacted in 1975 and 1987, and, remained in effect until May 14th, 1990 when a new *Fatality Inquiries Act* was proclaimed.

The distinct feature of the current *Act* is the division of responsibilities into medical and legal disciplines. The initial inquiry into the cause and manner of death is carried out by a duly qualified medical practitioner. The inquest, when deemed necessary, is conducted by a provincial judge without a jury.

This brief historical background has been provided to explain that the medical examiner's system in Manitoba, while relatively recent in origin, has been both legislatively and operationally implemented and has fully replaced the coroner's system.

Introduction

The Office of the Chief Medical Examiner in Manitoba is responsible under *The Fatality Inquiries Act* and *The Vital Statistics Act* for the inquiry/investigation and certification of all deaths, which are the result of violence or which are unexpected, unexplained, or unattended. Certain hospital and institutional cases are also investigated – notably those of individuals who die within 24 hours of admission, within ten days of surgery, or, while under or recovering from anesthesia. Included as well are the deaths of persons who are being held involuntarily or who are residents of a personal care home. In the event of the death of a child the Chief Medical Examiner reviews the actions taken by Child and Family Services agencies when applicable.

The area of jurisdiction is the Province of Manitoba, which has a population of approximately 1.15 million people. In addition the medical examiner has jurisdiction over those who travel through the Province.

The medical examiner's system under the direction of the Chief Medical Examiner is managed from a central office located in Winnipeg. The office has 12 permanent staff members: a director, six medical examiner's investigators, a statistician, and four administrative secretaries. The fee-for-service element is provided by 75 part-time medical examiners, with additional fee-for-service support provided by pathologists, funeral directors, and ambulance services.

In the City of Winnipeg, medical examiner's investigators are on duty and available 24 hours per day. Part-time medical examiners are also available through a rotating duty roster system.

Throughout rural Manitoba and in other cities such as Brandon and Thompson, part-time medical examiners are available on an as-required basis 24 hours a day.

Alcohol and toxicology testing is provided by the Biochemistry Section at St. Boniface General Hospital. Testing in criminal cases is done at the RCMP Forensic Laboratory. Other specialty tests are obtained whenever they are required utilizing resources both in and outside the Province of Manitoba.

In 2000, 5590 deaths were reported to the Chief Medical Examiner's office representing 56% of all deaths in Manitoba during the year. The reports generated by the medical examiners/medical examiner's investigators contained information on the identity of the deceased, the cause and manner of death, and a summary of the circumstances surrounding the death. In many cases the police, both RCMP and municipal forces, assisted the medical examiners in conducting their investigations.

The Office of the Chief Medical Examiner also has a mandate to investigate all children's deaths, and attempts to identify situations of risk. Consequently if a child dies while in care, the office not only conducts the inquiry required by *The Fatality Inquiries Act*, but

reviews the actions of any Child and Family Service agencies involved and prepares a report to the Minister of Family Services & Housing.

The office is actively involved with the eye, tissue and organ donor programs. As a result regular donations are made to the Lions Eye Bank and transplant program.

Appreciation is expressed to all law enforcement services and other related agencies that cooperated and assisted the medical examiner's office in conducting their death investigations over the past year. The office would also like to thank the Province's medical examiners who have shown, frequently under less than perfect conditions, a high level of dedication and professionalism.

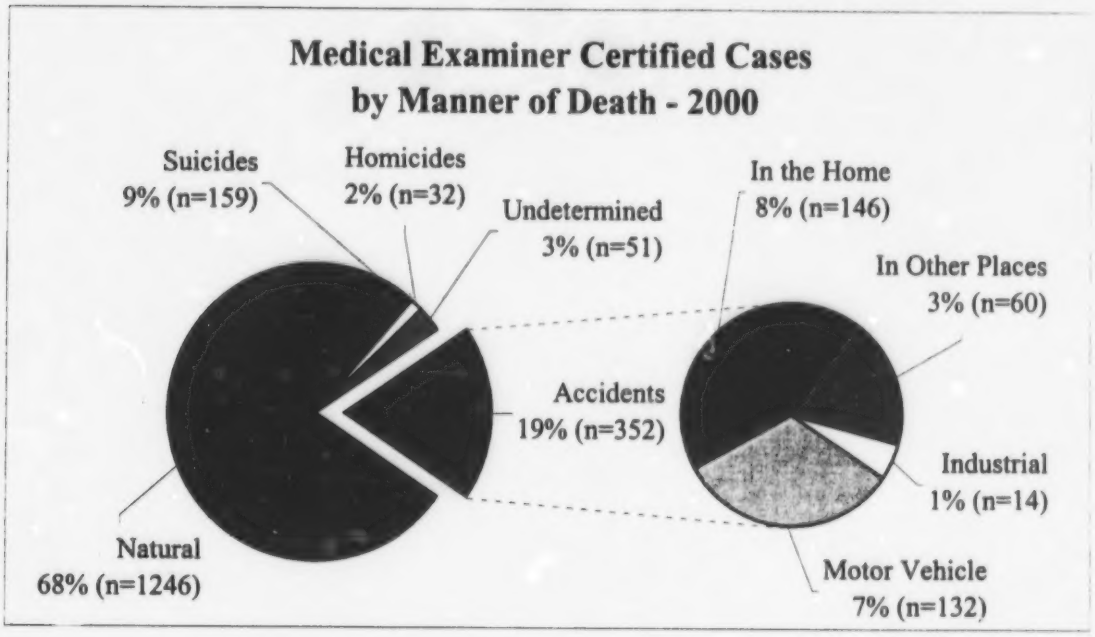
CASELOAD STATISTICS 2000

Medical Examiner Certified Cases	**1840**
Non-Medical Examiner Cases	**3750**
Total Caseload	**5590**

CASELOAD REVIEW 1986 – 2000

YEAR	TOTAL
1986	2605
1987	2503
1988	2541
1989	2582
1990	2633
1991	2713
1992	2741
1993	2850
1994	3150
1995	3188
1996	3031
1997	3197
1998	3178
1999*	5567
2000*	5590

Note: Beginning with the 1999 Annual Review, the total number of cases under caseload review will include all cases reported to the Office of the Chief Medical Examiner. The totals provided for years prior to 1999 included only cases certified by a medical examiner and non-medical examiner cases investigated by medical examiner investigators. These totals did not include certain non-medical examiner cases, such as personal care home deaths, which did not require certification by a medical examiner. Therefore totals since 1999 are a more accurate representation of the total yearly caseload handled by the Office of the Chief Medical Examiner.



REGIONAL DISTRIBUTION OF CASES

MANNER OF DEATH	URBAN	RURAL	TOTAL
Natural	3520	1476	4996
Accidents in the Home*	115	31	146
Motor Vehicle Accidents	42	90	132
Accidents in Other Places	28	32	60
Industrial Accidents	6	8	14
Suicides	87	72	159
Homicides	22	10	32
Undetermined	35	16	51
TOTAL	**3855**	**1735**	**5590**

Note: "Urban" in these statistics include only Winnipeg and Brandon even though there are other cities in Manitoba classified as "Urban".

TYPES OF DEATH
INVESTIGATED AND CERTIFIED

HOMICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	15	7	22
Rural	5	5	10
Total	20	12	32

HOMICIDES BY AGE AND METHOD

	Age							
Method	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Over 60	Total
Battered Child/Shaken Baby	5	1	0	0	0	0	0	6
Firearms	0	0	0	1	0	0	1	2
Blunt Weapon/ Violence	0	3	2	1	1	0	3	10
Stabbing/ Incised Wound	0	1	3	0	3	2	0	9
Family Violence	0	0	1	0	2	0	0	3
Other	0	0	1	0	0	0	1	2
Total	5	5	7	2	6	2	5	32

SUICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	64	23	87
Rural	55	17	72
Total	119	40	159

SUICIDES BY AGE AND GENDER

	Age									
Gender	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80	Total
Male										
Non-Native	0	9	15	10	22	17	5	9	2	89
Native	0	8	13	5	2	1	1	0	0	30
Female										
Non-Native	0	2	2	7	4	6	1	0	1	23
Native	1	6	6	3	1	0	0	0	0	17
Total	1	25	36	25	29	24	7	9	3	159
Per 100,000	0.63	15.17	23.60	14.53	16.69	18.95	8.16	12.47	7.03	13.83

Note: "Rate per 100,000 population" is calculated according to age group populations for Manitoba as of June 2000 (Source: Manitoba Health).

METHOD OF SUICIDE

Method	Male	Female	Total	Percentage of Total
Hanging/Strangulation	55	22	77	48.4%
Firearms	32	1	33	20.8%
Drug Overdose	10	10	20	12.6%
Carbon Monoxide	12	1	13	8.2%
Drowning	1	2	3	1.9%
Jumping From Heights	1	1	2	1.3%
Other	8	3	11	6.9%
Total	119	40	159	100.0%

SUICIDES BY REGION AND MONTH

Month of Death	Urban	Rural	Total
January	10	6	16
February	7	4	11
March	7	4	11
April	8	10	18
May	8	8	16
June	9	8	17
July	5	6	11
August	10	3	13
September	4	5	9
October	6	9	15
November	6	4	10
December	7	5	12
Total	87	72	159

ACCIDENTAL DEATHS

Non-Traffic Accidents

Industrial	Urban	Rural	Total Deaths
Farming	0	5	5
Transportation	2	1	3
Construction	1	1	2
Mining	1	1	2
Forestry	1	0	1
Other	1	0	1
Total	**6**	**8**	**14**

Accidents In The Home

Falls	66	5	71
Drugs/Alcohol Overdose	26	5	31
Smoke Inhalation	6	11	17
Asphyxia	4	3	7
Burning/Scalding	5	0	5
Other	8	7	15
Total	**115**	**31**	**146**

Accidents In Other Places

Drowning	6	16	22
Falls	11	1	12
Exposure	2	10	12
CO Poisoning	3	1	4
Therapeutic Misadventure	2	0	2
Other	4	4	8
Total	**28**	**32**	**60**

Motor Vehicle Accidents	Urban	Rural	Total Deaths
Vehicle/Vehicle	14	35	49
Single Vehicle	8	31	39
Vehicle/Pedestrian	11	8	19
Snowmobile	0	8	8
Vehicle/Fixed Object	4	1	5
Multiple Vehicle	2	2	4
Vehicle/Motorcycle	1	1	2
ATC/ATV	0	2	2
Vehicle/Train	0	1	1
Vehicle/Cyclist	1	0	1
Motorcycle	1	0	1
Other	0	1	1
Total	**42**	**90**	**132**
Total Non-Traffic Accidents	**149**	**71**	**220**
Total Traffic Accidents	**42**	**90**	**132**
Total Accidental Deaths	**191**	**161**	**352**

UNDETERMINED DEATHS

Cause of Death	Male	Female	Total
Drug/Alcohol Overdose	10	4	14
No Anatomical Cause Found	5	6	11
SIDS	2	3	5
Drowning	1	1	2
Other	14	5	19
Total	**32**	**19**	**51**

NATURAL DEATHS

Certified Natural Deaths by Cause

Cause of Death	Male	Female	Total
Heart Disease	476	242	718
Lung Disease	88	83	171
Hemorrhage	56	38	94
Post – Operative	27	26	53
Cancer	25	12	37
Intra – Operative	5	3	8
Undetermined	5	2	7
Stillborn	1	0	1
Other	88	69	157
Total	771	475	1246

Certified Natural Deaths by Age

Age Group	Male	Female	Total
Stillborn	1	0	1
Under 1 year	16	8	24
1-9	1	6	7
10-19	5	6	11
20-29	4	8	12
30-39	26	11	37
40-49	64	32	96
50-59	114	42	156
60-69	173	87	260
70-79	211	115	326
80-89	130	109	239
90-99	26	49	75
Over 100	0	2	2
TOTAL	771	475	1246

Note: Since May, 1995, pursuant to a decision of the Provincial Court of Manitoba, stillbirths are no longer investigated.

SUMMARY OF CHILDREN'S DEATHS
(Ages 0-17 years inclusive)

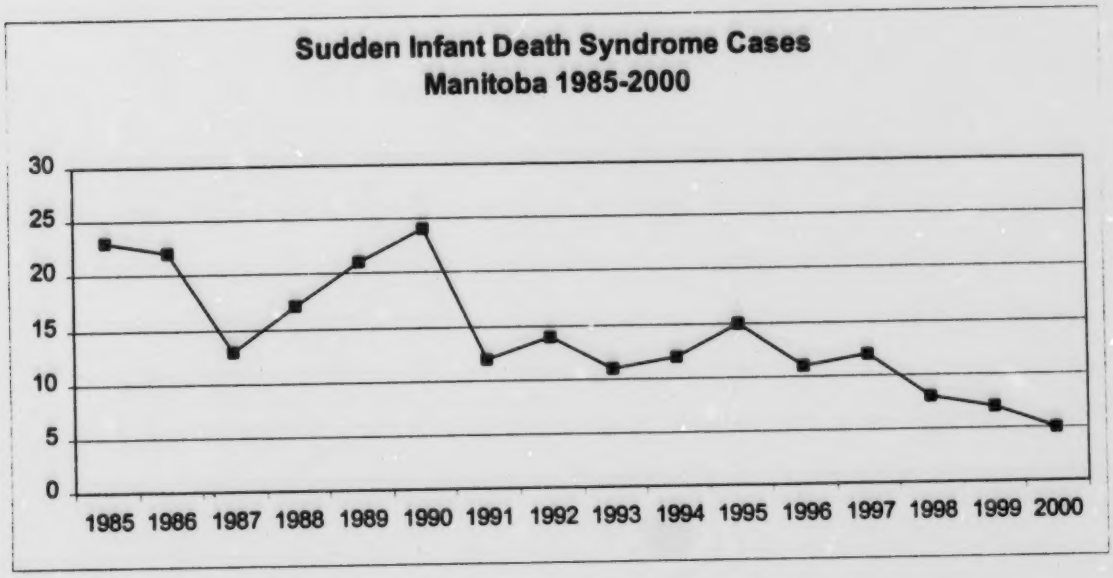
Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	22	18	40
Natural**	35	33	68
Accidents in the Home	4	4	8
Accidents in Other Places	6	2	8
Motor Vehicle Accidents	8	4	12
Industrial Accidents	2	0	2
Suicides	9	9	18
Homicides	4	4	8
Undetermined	6	5	11
Total	96	79	175

Note: 5 cases of SIDS are included in the undetermined category.
* Certified natural deaths involving a medical examiner.
** Natural deaths involving a medical examiner investigator only.

SUMMARY OF DEATHS OF
PERSONAL CARE HOME RESIDENTS

Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	48	56	104
Natural**	815	1548	2363
Accidents in the Home	6	19	25
Accidents in Other Places	1	0	1
Motor Vehicle Accidents	0	0	0
Industrial Accidents	0	0	0
Suicides	0	0	0
Homicides	1	0	1
Undetermined	1	0	1
Total	872	1623	2495

* Certified natural deaths involving a medical examiner.
* Natural deaths involving a medical examiner investigator only.

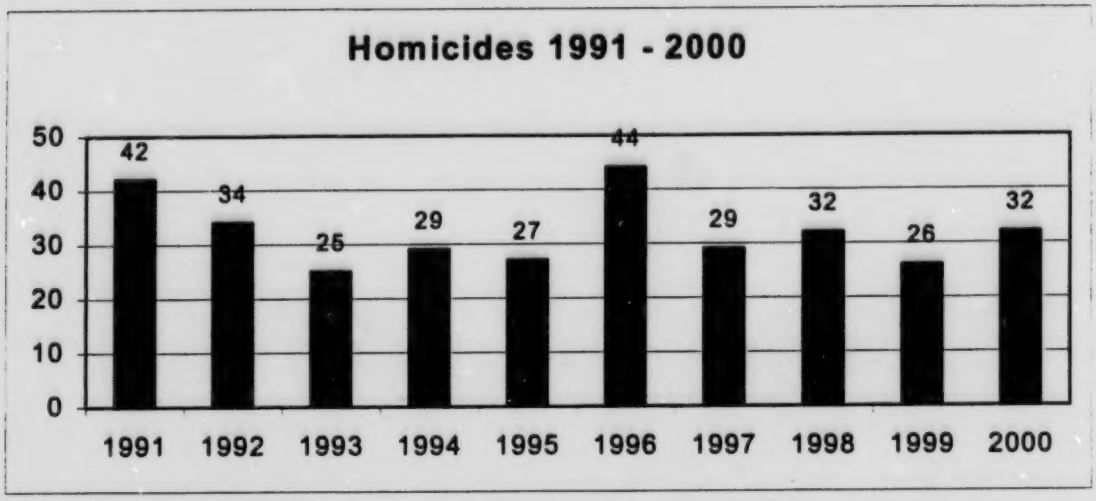


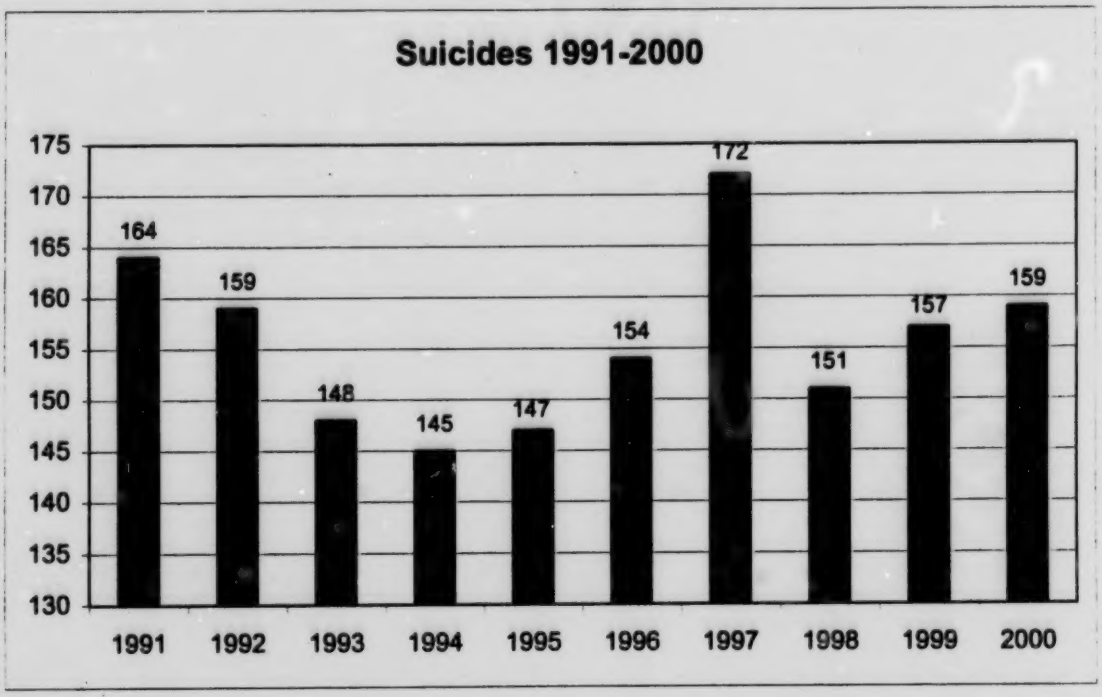
The overall incidence of SIDS has been reported as 1 case per 2800 live births. Although it can occur at any time during the first year of life, the peak incidence in Manitoba is during the first four months.

SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)
MANITOBA 2000

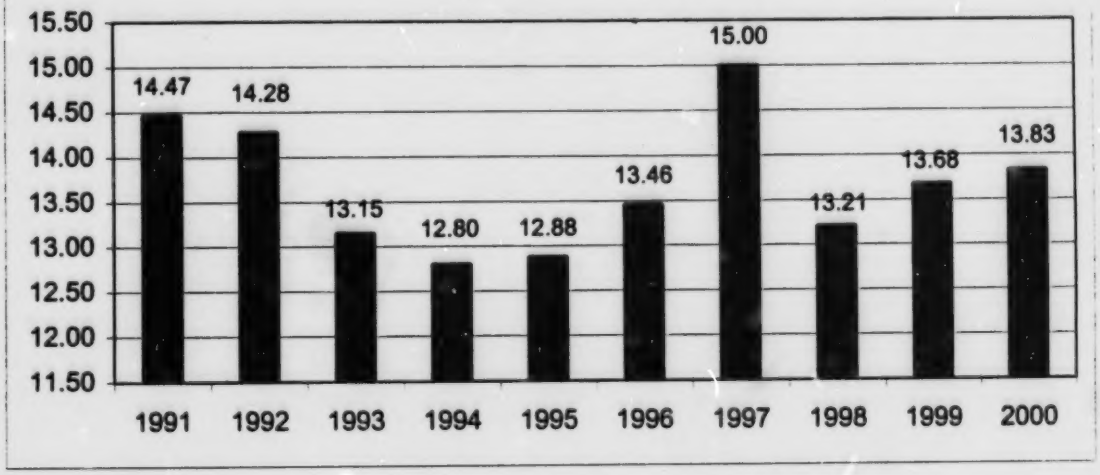
Age Group	0-4 Months	5-8 Months	9-12 Months	Total
January	0	0	0	0
February	0	0	0	0
March	0	0	0	0
April	0	0	0	0
May	0	0	0	0
June	0	0	0	0
July	1	0	0	1
August	0	0	0	0
September	2	0	0	2
October	2	0	0	2
November	0	0	0	0
December	0	0	0	0
Total	5	0	0	5

MANITOBA DEATHS
A 10 YEAR REVIEW

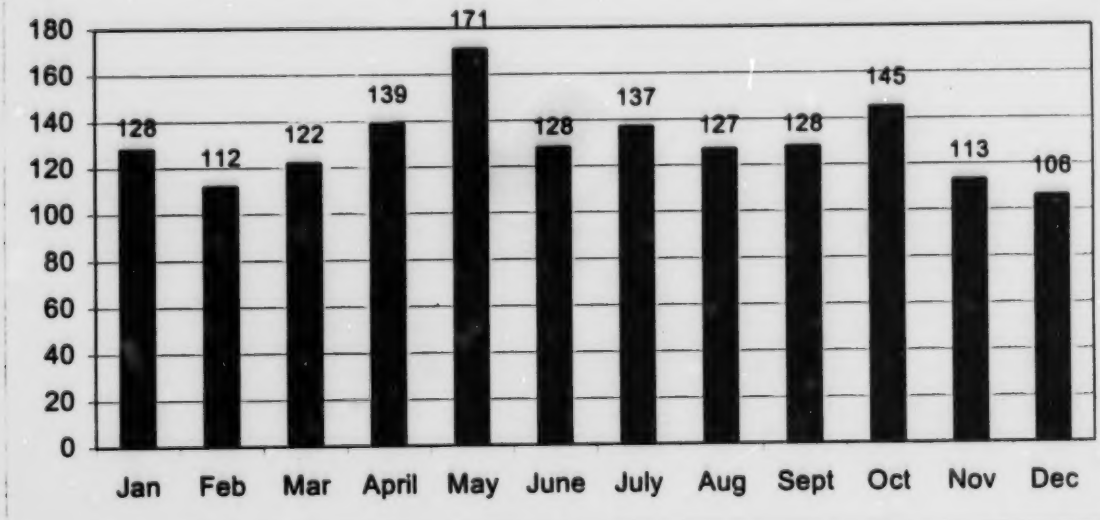


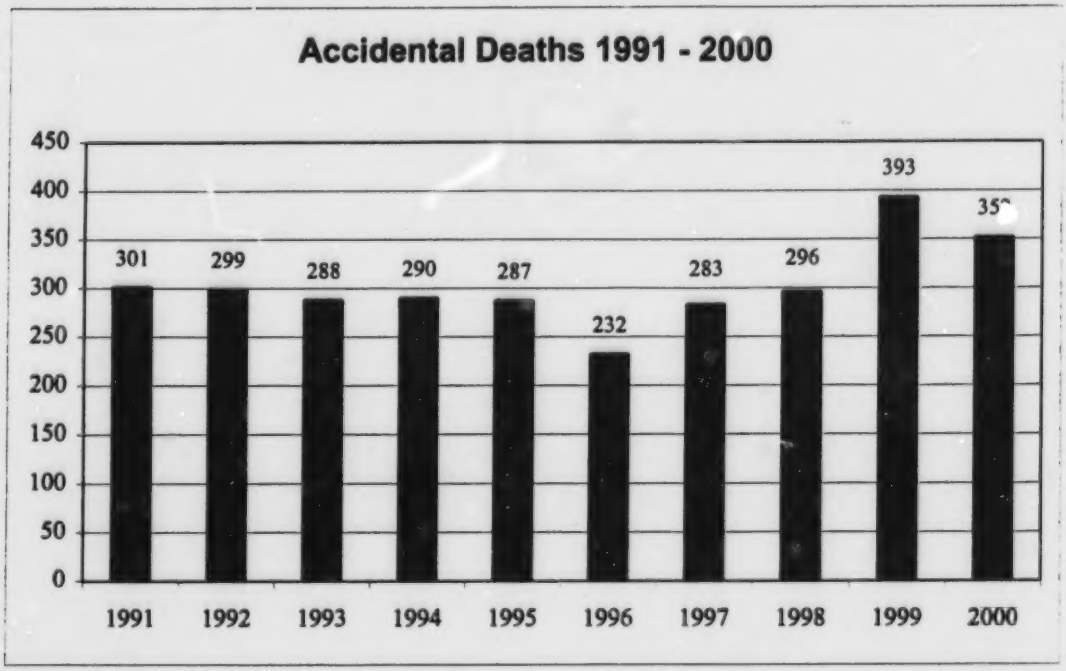


Suicide Rates Per 100,000 Population Of Manitoba By Year

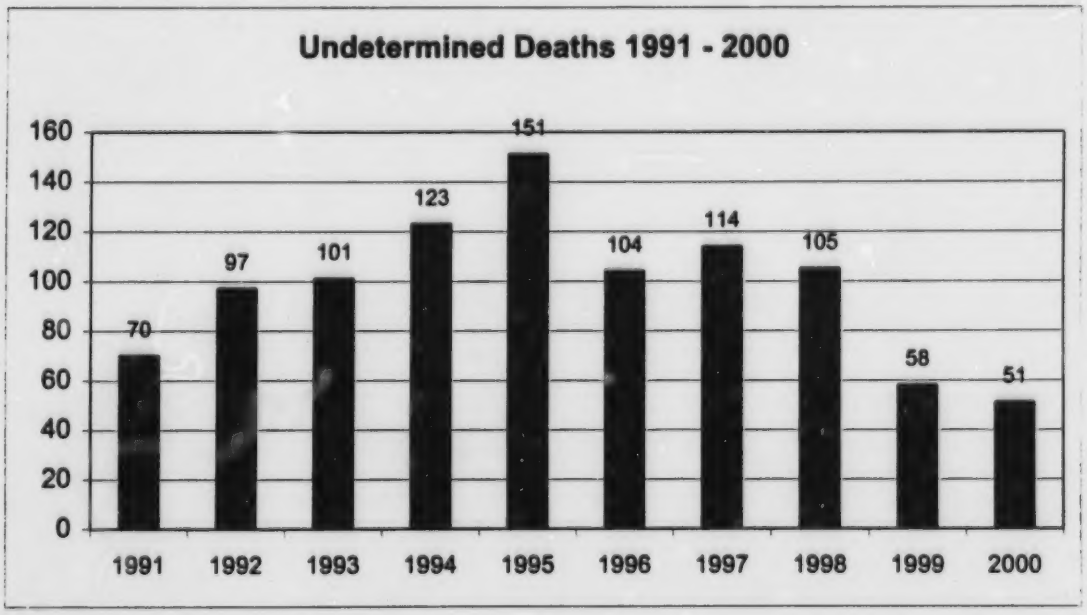


Total Suicides by Month 1991 -2000





Note: Beginning in 1999, increase in statistics reflect reclassification of fall-related deaths in personal care home facilities from natural to accidental.



INQUESTS

INQUEST SUMMARY

Inquest reports pending up to December 31, 1999	9
Inquests called January 1, 2000 – December 31, 2000	7
Inquest reports received January 1, 2000 – December 31, 2000	5
Inquest reports pending up to December 31, 2000	11

TYPE OF INQUESTS

Summary of inquest reports received
(January 1, 2000 – December 31, 2000)

Hospital/Institution Related	Accidental	1
	Total	1
Police/Incarceration Related	Homicide	1
	Suicide	1
	Total	2
Sports Related	Accidental	1
	Total	1
Other	Accidental	1
	Total	1

TOTAL INQUEST REPORTS RECEIVED IN 2000 **5**

CASE FILE NO. 1908/97

Cause of Death: Cerebral swelling due to head injury

Manner of Death: Accidental

Circumstances: The deceased, a 16 year-old male, hit his head while attending a judo camp. He complained of feeling as if he might "blackout" but no investigation was undertaken. While participating in a sparring demonstration on the following day, he was thrown to the mat and his head impacted the mat. He collapsed after a 5-10 minute period of consciousness and was immediately flown to Winnipeg for treatment. A CT scan showed predominantly right side edema, possible infarction, and punctate hemorrhages. Despite aggressive therapy his condition continued to deteriorate

Judicial Recommendations:

1. That the following guidelines be applicable to all amateur youth sports in Manitoba.

GUIDELINES FOR RETURN TO PLAY AFTER A CONCUSSION**

	Signs of Impairment	If first concussion	If second concussion	If third concussion
Grade 1 (mild)	No loss of consciousness and head injury symptoms* for **less** than 15 minutes	May return to play if is without head injury symptoms* for 1 week	May return to play in 2 weeks if is without head injury symptoms* at that time for 1 week	Terminate season: May return to play next season if is without head injury symptoms*
Grade 2 (moderate)	No loss of consciousness but head injury symptoms* persist for **more** than 15 minutes.	May return to play if is without head injury symptoms* for 1 week	Minimum of one month: May return to play then if is without head injury symptoms* for 1 week; consider terminating the season	Terminate season: May return to play next season if is without head injury symptoms*
Grade 3 (severe)	Loss of consciousness	Minimum of 1 month: May then return to play if is without head injury symptoms* for 1 week	Terminate season: May return to play next season if is without head injury symptoms*	

* Head injury symptoms means headaches, dizziness, confusion, blurred vision, poor concentration, loss of coordination, nausea/vomiting, delayed verbal and/or motor responses.
** 1986 Cantu guidelines

2. That once a youth suffers any injury to the head, a Notice Advisory similar to the one recommended by the Motocross Association be issued to the parent/guardian of a child who sustains such a head injury.

3. That the Health Record Forms used in athletic events be amended to add a special section dealing with head injuries to ascertain whether the youth has received any previous concussions.

4. That the Amateur Sport Organizations of Manitoba should consider allowing referees the discretion to hand out medical suspensions if he/she thinks that an athlete has sustained a concussion.

5. That the Amateur Sport Organizations of Manitoba must ensure that coaches encourage young athletes to share with them any aches and pains they may have sustained while participating in their sport and of the inherent dangers resulting from this lack of communication between young athletes and coaches.

CASE FILE NO. 1851/96

Cause of Death: Smoke Inhalation

Manner of Death: Homicide

Circumstances: A fire broke out in the basement of a church that was being used as a day care centre. The fire started when one of the workers while taking a smoke break in a separate room, carelessly discarded a match. A 2 year-old attendee of the day care lost her life in the fire.

Judicial Recommendations:

1. That the Day Care Branch commence a review through their co-ordinators, Boards or supervisory staff of currently licensed day care centres to ascertain whether or not any of the day cares are in close proximity to potentially dangerous situations that would require reassessment or review by the Director of Day Care.

2. That **annual** fire inspections be conducted of day care centres. This goal can be achieved by joint cooperation particularly between the Office of the Fire Commissioner, the Day Care Office, local fire authority departments, municipal and civic authorities and other stakeholders. Who actually conducts the inspections will vary from jurisdiction to jurisdiction depending on availability of resources and manpower in that jurisdiction.

3. The Office of the Fire Commissioner initiate consultations with the Provincial Department of Intergovernmental Affairs, the Association of Municipalities, the Child Day Care Office and other interested parties to review the scope of adequacy of fire protection systems presently in place in relation to licensed day care centres.

4. The Office of the Fire Commissioner initiate discussion, at the national level, the value and feasibility of buildings housing licensed day care centres to be equipped with a smoke detector in every room utilized by and/or adjacent to the day care centre, the need for sprinklers, fire walls, smoke barriers, etc.

5. That the Office of the Fire Commissioner include licensed day care centres on their mailing list for educational purposes.

6. That the Office of the Fire Commissioner and the Child Day Care Office consult on a training program for licensed day care centres relative to emergency evacuation procedures and other fire safety concerns.

7. That the Office of the Fire Commissioner and the Child Day Care Office consult on raising fire safety standards for day care centres above fire code requirements.

8. That licensed day care centres provide an updated floor plan of space utilized by them to the local fire authorities. The onus of responsibility is on the local fire authority to use such information to assist them in the performance of their duties.

9. That licensed day care centres develop emergency evacuation procedures in conjunction with the local fire authorities.

10. That local fire authorities participate in the fire drills conducted by the licensed day care centres at least on an occasional basis over a period of time.

11. That educational child care programs provide information regarding fire safety to their child care workers.

12. That Board members of licensed day cares be properly trained with respect to the role and responsibilities in regard to the fire safety issues of their particular day care.

13. That day care licensing should require it be a mandatory condition of any employment in a day care centre that any smoking within the premises be just cause for dismissal.

14. That the Board encourage staff members (part-time or otherwise) to bring fire safety issues to their attention.

CASE FILE NO. 3148/97

Cause of Death: Septicemia due to broken femur

Manner of Death: Accidental

Circumstances: This 82 year-old lady was a resident of a personal care home who had severely limited mobility. On December 8, 1997 the personal care home hired a driver to take her to a medical appointment and transport her back to the care home. The driver was forced to make a sudden stop which caused the resident to fall out of her mobility aid. She was taken to the hospital where she had surgery to repair a fracture of the right lower femur. She subsequently died on December 30th, 1997, following further medical complications.

Judicial Recommendations:

1. The Taxicab Board should incorporate a specific training module into its licensing process. This training should include videotapes from either one of the two major corporations dealing with occupant and mobility restraints. The training should include members of the disabled community and members of organizations for persons who have disabilities. These groups should provide training in the area of customer service. The training should stress a "hands-on format in the use of the restraint systems.

2. Owners of vehicles licensed by the Taxicab Board to transport persons with disabilities should provide the Taxicab Board with monthly reports of random inspections of their vehicles to ensure compliance with the positive duties imposed on their drivers. Organizations for person with disabilities should consider a joint program with the owners of these taxi cab corporations to provide yearly refresher courses for drivers related to the operation of the securement devices and the personal service manner in which the devices should be employed.

3. The Taxicab Board should ensure that owners, who are qualified to transport disabled individuals, are provided clear information as to the current state of the regulations, the standards and manufacturers. That information should also be available to the public, in particular to those consumers who wish to have such information.

4. Several amendments should be made relative to Taxicab Regulation 201/91. In particular, there should be a regulated and positive duty for all drivers of vehicles that transport individuals in mobility aids to have and offer an occupant restraint prior to engaging the vehicle. The Taxi Cab Board should develop a working group with client stake holders and organizations for person with disabilities to address specific concerns relative to adult clients with cognitive or communication issues.

5. The Taxicab Act Regulation 201/91 should go further to create the positive duty on the driver of vehicles, which transport individuals in mobility aids, to ensure that the mobility aid restraints are affixed, and affixed in a proper fashion prior to setting the vehicle in motion. The mobility restraint should meet either the 409-92 Standard or the Standard set out in Schedule 1 of the Taxi Cab Regulation. The only exception to this positive duty would be if the disabled individual has a valid exemption granted under the ***Highway Traffic Act.***

6. The Taxi Cab Regulation should be amended to make it mandatory that children under the age of 18 years who are using mobility aids, must be secured in a mobility aid and an occupant restraint before the driver can operate the vehicle, subject to medical exemptions.

7. The Department of Highways, in co-operation with organizations for persons with disabilities should provide public information regarding the availability of occupant and mobility restraints and the safety benefits of the use of such devices. Public information should be provided to such organizations to assist volunteer or paid drivers in having the appropriate safety training to transport individuals in mobility aids.

8. Several substantive amendments are required under the ***Highway Traffic Act***, relative to vehicles which transport persons in mobility aids, excepting privately owned vehicles. Prior to those amendments taking place, data collection should be done by the Department of Highways to determine the number of commercial vehicles, which currently transport persons in mobility aids within the Province of Manitoba.

9. The Department of Highways should hold consultative sessions with municipal and provincial agencies as well as non profit agencies responsible for the transportation of persons with disabilities, the Taxi Cab Board, nursing homes, health care residences and organizations for persons with disabilities to assess the timelines and implications for any amendments to the ***Highway Traffic Act*** or its Regulations, including cost to the consumer/operators.

10. The term seating position should be defined under the ***Highway Traffic Act***. That definition should include positions adapted and being used transporting individuals in mobility aids. The amendment would apply to any vehicles used to transport persons in mobility aids including those used by nursing homes, health care facilities, hospitals, contracted vehicles by municipal and local governments, non profit organizations and commercial vehicles. The amendment would not apply to private vehicles.

11. Amendments to the ***Highway Traffic Act*** should include set minimum safety standards and regular inspections to those standards. The vehicles that would be subject to such safety regulation would be the same as set out in the amended definition of "seating position" set out in the ***Act***. Consistency as to standards is

imperative and consideration should be given to the Taxicab Regulation amendment 237/97 Schedule 1 as it relates to mobility aid passenger seating and mobility aids.

12. Further amendments to the ***Highway Traffic Act*** should be considered to incorporate parity with suggested amendments to the Taxicab Regulations referred to above.

CASE FILE NO. 1966/99

Cause of Death: Hanging.

Manner of Death: Suicide.

Circumstances: This 44 year-old male was an inmate at Stony Mountain Institution after pleading guilty on June 23, 1999 to a charge of second degree murder. On his arrival in the correctional facility he threatened to commit suicide if he was not transferred to Eastern Canada in the next thirty days. He was assessed by the prison doctor on August 11th, who did not believe the resident was suicidal at that time. On August 15th at about 1 a.m., the deceased was seen lying in his cell and appeared to be sleeping. He was viewed again at 2:15 a.m. lying on the cell floor and an officer suspecting there might be trouble called for another officer. The cell was not opened until a supervisor arrived. The deceased was found to have a rope around his neck that had been tied to the upper part of the bunk. The rope was cut, CPR was applied, and the on-call nurse was summoned. The nurse arrived about thirty minutes later and administered oxygen but was unable to save the resident.

Judicial Recommendations:

1. That every effort be made to avoid breakdowns in communication between Crowns, Correctional Services and Parole Services.

2. Those inmates who are suspected to have suicidal ideations, who are not placed in the camered cell should be checked every fifteen minutes and constantly monitored over the TV monitor. Additionally, Correctional Officers are to be instructed to pay special attention to such inmates.

3. That personnel be reminded of the necessity of recording and documenting all their dealings with each other so as to reduce difficulties in communication in the future.

4. That paramedics be recruited in place of registered nurses if such are not available; and new lifesaving equipment, such as defibrillators be surveyed and acquired.

5. That consideration be given to an increase in staffing and that two officers be present before the cell door is opened and that one must be present in the bubble.

6. That, in a regional investigation, audio taping of interviews conducted by an investigator take place.

7. That the four recommendations of the Board of Investigations be endorsed.

    1. Correctional Officers should be informed under what circumstances and times they can enter a cell;

    2. Correctional Officers should be informed that under what circumstances the Correctional Supervisor does not have to be present to oversee the entering into the inmate's cell;

    3. Diester checks should be adhered to; and

    4. These four recommendations should be on institutional time and all clocks and systems, including Diester, be checked and synchronized.

CASE FILE NO. 1860/95

Cause of Death: Multiple Stab Wounds

Manner of Death: Homicide

Circumstances: This 24 year-old male was an inmate at Stony Mountain Institution. On August 9, 1995 he appeared at the top of a stairwell, injured and bleeding. He was taken to the health care centre in the institution, where medical staff attempted to stop the bleeding and stabilize his condition. He was rushed by ambulance to the hospital. At the hospital, after resuscitation attempts, he was pronounced dead.

Judicial Recommendations:

1. That Stony Mountain Institution, in training all staff, stress and highlight the importance of reducing all important information to a written report on a timely basis, and no later than prior to leaving the institution for the day, except in exceptional circumstances.

2. That Stony Mountain Institution, in the training of Case Management Officers, highlight and emphasize the importance of the availability of an opportunity to present a dissenting opinion in the assessment of risk portion of the Progress Summary Report.

REPORTED DEATHS OF CHILDREN – IN – CARE*

Year	Male	Female	Total
1991	16	17	33
1992	16	10	26
1993	18	12	30
1994**	36	32	68
1995**	27	21	48
1996	33	19	52
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
Total	**277**	**224**	**501**

* A 'Child in Care' is defined in s.10(1) (a) & (b) of the Fatality Inquiries Act. It does NOT refer solely to children in foster or alternative care placements.
** Stillbirths were reported in 1994 and 1995. As of May 1995, pursuant to a decision of the Provincial Court of Manitoba, stillbirths are no longer investigated.

Section 10(1) of *The Fatality Inquiries Act* states:

> Where the chief medical examiner receives an inquiry report with respect to a deceased child and, at the time of death of the child or within the two year period preceding the death,
>
> (a) the child is or was in the care of an agency as defined in The Child and Family Services Act; or
>
> (b) a parent, guardian or sibling of the child is or was in receipt of services under The Child and Family Services Act;
>
> the chief medical examiner shall, for the purpose of assessing the quality or standard of care or service provided to the child or to the parent, guardian or sibling of the child, examine the records of the agency with respect to the child or the parent, guardian or sibling and shall review the actions taken by the agency in relation to the child or the parent, guardian or sibling.

In carrying out this review, the Chief Medical Examiner is authorized to examine agency records and to make necessary confidential copies as required, to interview agency staff, and to exercise any other investigative powers under *The Fatality Inquiries Act*, Sections 7(5) and 9(7).

In accordance with subsection 10(5), the CME may include in the annual report, a summary of the recommendations contained in the reports prepared under subsection 10(3) in the previous year. This summary is provided without disclosing the name of an

individual or agency or any information that might identify a child or the parent or guardian of a child.

Summary of Chief Medical Examiner's Recommendations to the Minister of Family Services - 2000

In addition to the 22 reports (concerning 23 children) described below, reviews of the services provided to four more children were conducted during 2000 (a total of 27 cases encompassing 26 reports). The Chief Medical Examiner made no recommendations regarding these four cases with respect to the services provided by the Agencies concerned.

NATURAL MANNER OF DEATH

CASE FILE NO. 0431/97

Cause of Death: Congenital Anomaly

Recommendations:

1. That the first of two agencies involved respond to requests for information in a timely manner.
2. That both agencies assess the surviving members of the deceased child's family and engage in joint case planning and implementation.
3. That the second agency ensure that a local hospital where the mother would deliver a coming child was aware of the need for assessment after the birth.

CASE FILE NO. 1022/99

Cause of Death: Pneumonia

Recommendations:

1. That mandated CFS involvement in the placement of some chronically ill children be discontinued if there are no other child welfare concerns.

CASE FILE NO. 1088/99

Cause of Death: Prematurity due to abruptio placenta.

Recommendations:

2. That information be provided by the agency in a timely manner.

ACCIDENTAL DEATHS

CASE FILE NO. 1949/98

Cause of Death: Multiple injuries due to a single vehicle accident

Recommendations:

1. That the agency, in conjunction with the Child Protection and Support Services Branch, ensure that the surviving children were not exposed to violence in their home.

CASE FILE NO. 1867/99

Cause of Death: Multiple injuries due to a motor vehicle accident.

Recommendations:

1. That early intervention services be provided, including complete assessments and consultation with the appropriate supervisors.
2. That there be additional local resources developed for the placement of youths who cannot live with their families.

CASE FILE NO. 1902/99

Cause of Death: Exsanguination due to a motor vehicle accident.

Recommendations:

1 That there was a need to protect the interests of students during abuse investigations involving school personnel.
2 That incidents of "inappropriate discipline" should result in proactive intervention to prevent further incidents.

CASE FILE NO. 2152/00

Cause of Death: Traumatic asphyxia due to motor vehicle accident.

Recommendations:

1. That the agency review with its staff the process for registration of convicted child abusers on the Child Abuse Registry.

CASE FILE NO. 0580/00

Cause of Death: Incineration due to motor vehicle accident

Recommendations:

1. That the two agencies providing service to this child's family, in conjunction with the Child Protection and Support Services Branch, ensure that any joint abuse investigations meet Program Standards.
2. That a person in a senior capacity at one agency assess the family to determine if services are required.

CASE FILE NO. 3056/99 & 0030/00

Cause of Death: Inhalation of smoke due to a house fire.

Recommendations:

1. That the Agency maintain records of services provided to families.
2. That there be an assessment of the surviving family members to ensure that support services be provided if needed.

CASE FILE NO. 0341/00

Cause of Death: Thermal injury due to house fire.

Recommendations:

1. That consideration be given to registering an individual on the Child Abuse Registry.
2. That a surviving sibling receive psychological services for trauma.
3. That child protection workers in the province receive education in the identification, assessment and treatment of child neglect.
4. That the three agencies involved develop a means to ensure that families moving between their jurisdictions continue to receive services.
5. That the agency review with a collateral agency the need for prompt reporting of child abuse allegations and that such investigations be conducted according to the requirements of The Child and Family Services Act and Program Standards.

CASE FILE NO. 0148/00

Cause of Death: Overlaying

Recommendations:

1. That computer records concerning the family be updated and include identified safety concerns.
2. That the agency obtain information from two provinces concerning any child welfare involvement with the family.
3. That criminal record checks be conducted on adults involved in child protection cases.

4. As the family had relocated, that measures be taken to ensure the appropriate child welfare agency received information concerning the family.
5. That the family's situation be assessed should they return to Manitoba.

UNDETERMINED MANNER OF DEATH

CASE FILE NO. 2317/98

Cause of Death: Undetermined

Recommendations:

3. That the agency maintain records appropriately.
4. That there be an assessment of the family with respect to identified issues.

CASE FILE NO. 0746/99

Cause of Death: Sudden Infant Death Syndrome

Recommendations:

1. That the actions of a worker be reviewed and that employees be made aware of the agency's conflict of interest policy.
2. That social workers be licensed in Manitoba to ensure protection of the public.

CASE FILE NO. 2828/99

Cause of Death: Sudden Unexpected Death

Recommendations:

1. That the agency in question abide by a Program Standard prohibiting the hiring of certain family members to provide services to other family members.
2. That the new program standards contain a similar standard due to the inherent conflict of interest involved in such arrangements.

SUICIDES

CASE FILE NO. 1315/99

Cause of Death: Asphyxia

Recommendations:

1. That the agency ensure that concerns about an individual, who periodically was part of the family, be documented in future recordings until that concern no longer existed.
2. That a substance abuse assessment concerning another family member be considered.

CASE FILE NO. 1342/99

Cause of Death: Asphyxia

Recommendations:

1. That the agency assess the circumstances of youths who approach the agency for financial assistance and that written records be kept of such contacts.
2. That there be a uniform standard of service across the province for youths aged 16 and 17 years who request service from child welfare agencies.
3. That consideration be given to establishing a long term residence for youth in care.

CASE FILE NO. 2033/99

Cause of Death: Asphyxia

Recommendations:

1. That youth receiving emergency services, intended to keep them in their homes or placements, be advised of the services available from the Children's Advocate.
2. That an individual be considered for placement on the Child Abuse Registry.
3. Two recommendations dealt with the licensing of a particular foster home.
4. That information be communicated to relatives of the deceased child.
5. That multidisciplinary treatment teams for high needs children in care be developed.
6. That the services received by a sibling of the deceased child be monitored by the agency.
7. That an abuse investigation be undertaken concerning another sibling of the deceased child and treatment provided if abuse was substantiated.
8. That children be assigned local social workers upon relocation to another part of the province.

CASE FILE NO. 0382/00

Cause of Death: Asphyxia

Recommendations:

1. That the agency review the use of Voluntary Placement Agreements.
2. That the agency, in conjunction with the Children's Advocate and the Child Protection and Support Services Branch, ensure that two surviving siblings receive appropriate services.
3. That additional training be provided to staff in one of the agency's local offices.
4. That appropriate planning be completed for children before they leave foster care.
5. That the agency, the Children's Advocate and the Child Protection and Support Services Branch develop long term plans for the deceased child's surviving siblings.
6. That the agency convene a meeting of service providers involved with the family to ensure that the parents receive effective treatment and monitoring.

CASE FILE NO. 578/00

Cause of Death: Asphyxia

Recommendations:

1. That one agency share information with another agency about the sexual abuse of the deceased child's sibling.
2. That one agency ensure that the deceased child's parent is able to protect the surviving siblings.

CASE FILE NO. 915/00

Cause of Death: Asphyxia

Recommendations:

1. That the agency assess the surviving children and develop services to alleviate the neglect they experienced.
2. That the risk posed by the parents to the children be assessed.

CASE FILE NO. 1141/00

Cause of Death: Asphyxia

Recommendations:

1. That agencies indicate their agreement or objection to the termination of Voluntary Placement Agreements.
2. That the agency providing service to the deceased child's family reconsider its decision to close the file given the expected birth of a sibling.

HOMICIDES

CASE FILE NO. 625/00

Cause of Death: Bronchopneumonia as a consequence of illness related to long term health problems from a brain injury.

Recommendations:

1. That the new provincial Program Standards address the concerns related to employing family members as support workers, and that a per diem allowance be provided, as needed, when family members provide necessary assistance.
2. That the agency follow through with a case plan for assessments.
3. That the agency seek similar assessments with respect to other siblings and their caregiver.

For more information or additional copies of this report,
please contact:

Office of the Chief Medical Examiner
210-1 Wesley Avenue
Winnipeg MB R3C 4C6

Tel: 204-945-2088
Fax: 204-945-2442

Justice Manitoba
Manitoba Justice

Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2000

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

Table des matières

Historique de la fonction de médecin légiste	2
Introduction	4
Statistiques sur l'ensemble des cas – 2000	6
Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations	8
Homicides	8
Suicides	9
Morts accidentelles	11
Morts dont la nature est inconnue	12
Morts naturelles	13
Résumé des morts d'enfants	14
Résumé des morts de résidents en foyers de soins personnels	14
Mort subite du nourrisson	15
Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie	16
Enquêtes	19
Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 2000	20
Résumé des recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille – 2000	29

Historique des fonctions de médecin légiste

L'ensemble des fonctions actuelles de médecin légiste résulte de l'évolution des fonctions anciennement attribuées au coroner pour lui permettre de remplir ses obligations juridiques et non juridiques.

Le terme « coroner » tire son origine de l'ancienne orthographe française du mot « crown ». On a originellement créé la charge de « crowner » (représentant de la Couronne) dans le but de s'assurer que la Couronne recevait les revenus qui lui revenaient à la suite de morts subites ou inexpliquées.

La première loi visant la charge de coroner a été le Statut de Westminster de 1275, qui a établi cette fonction pour des besoins de perception de revenus. Au cours des années, la législation britannique a modifié les responsabilités du coroner de façon que celui-ci puisse enquêter sur les morts violentes ou non naturelles. Cependant, l'élément de revenu a été conservé sous la forme d'honoraires payables au coroner pour chaque enquête médico-légale.

De par sa tradition en *common law*, le Canada a hérité des concepts de coroner et d'enquête de coroner. Le *common law* a accordé au coroner le droit de porter des accusations contre des personnes à la suite d'enquêtes sur des meurtres ou d'homicides involontaires, d'amener ces personnes devant les tribunaux et d'attester de la preuve. Ces pouvoirs ont été intégrés au *Code criminel du Canada* en 1892, exception faite du pouvoir de mise en accusation, qui a été supprimé la même année.

On a, par la suite, adopté diverses lois provinciales qui ont permis de définir la sphère d'attributions et le rôle du coroner, et de confirmer son pouvoir d'enquêter sur les décès, de former des jurys et de mener des enquêtes médico-légales. La fonction de coroner subsiste encore dans certains territoires et provinces.

Compte tenu de l'évolution de la criminalistique et de la spécialisation en médecine légale de certains pathologistes, et étant donné que la plupart des cas à rapporter étaient de nature médicale, il a semblé logique que des médecins plutôt que des coroners profanes se chargent des dossiers. C'est ainsi qu'a été établie la fonction de médecin légiste.

Dès 1971, le gouvernement du Manitoba a remplacé la *Loi sur les coroners* par la *Loi sur les enquêtes médico-légales.* Ré-adoptée en 1975 et de nouveau en 1987, cette loi est restée en vigueur jusqu'au 14 mai 1990, date à laquelle on a promulgué la nouvelle *Loi sur les enquêtes médico-légales.*

La loi actuelle a comme caractéristique le partage des responsabilités entre les disciplines médicales et légales. L'enquête préliminaire sur la cause et la nature du décès est menée par un médecin dont la compétence est reconnue. L'enquête médico-légale, quand on la juge opportune, est entendue par un juge de la Cour provinciale sans jury.

Par ce bref historique, nous avons voulu souligner que la fonction de médecin légiste, bien que récente, est juridiquement et fonctionnellement en place au Manitoba et qu'elle a entièrement remplacé celle de coroner.

Introduction

En vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* et de la *Loi sur les statistiques de l'état civil,* le personnel du Bureau du médecin légiste en chef est chargé de faire des recherches et des enquêtes sur toutes les morts violentes, de même que sur les décès inattendus, inexpliqués ou attribuables à l'absence de soins médicaux, et d'attester de ces morts. D'autres enquêtes visent certains décès survenus dans des hôpitaux ou des établissements. C'est notamment le cas lorsque la mort survient dans les vingt-quatre heures suivant une admission, lorsque le patient est sous anesthésie ou en période post-anesthésique, ou au cours de la période de dix jours qui suit une intervention chirurgicale. Il en est de même du décès des personnes en placement non volontaire ou des résidents dans les foyers de soins personnels. De plus, dans le cas du décès d'un enfant où il y a eu intervention par les Services à l'enfant et à la famille, le médecin légiste en chef est tenu d'examiner les mesures prises par l'organisation en question, si justifié.

Le médecin légiste en chef a compétence dans toute la province du Manitoba, dont la population est d'environ 1,15 million d'habitants. Il a également compétence sur les personnes qui sont de passage dans la province.

Le réseau des médecins légistes, sous la direction du médecin légiste en chef, est administré à partir du bureau central de Winnipeg, qui compte 12 employés permanents : un directeur, six enquêteurs, un statisticien et quatre secrétaires administratives. On a recours aux services de 75 médecins légistes qui travaillent à temps partiel et sont rémunérés à l'acte. De plus, on peut faire appel à des pathologistes, à des directeurs funéraires et à des services ambulanciers, également payés à l'acte.

Dans la ville de Winnipeg, les enquêteurs sont de service jour et nuit. Les médecins légistes qui travaillent à temps partiel offrent leurs services par roulement.

Dans les régions rurales du Manitoba, ainsi que dans d'autres villes comme Brandon et Thompson, les médecins légistes travaillant à temps partiel offrent leurs services sur demande jour et nuit.

Les tests de dépistage de consommation de drogues et d'alcool sont effectués par le service de biochimie de l'Hôpital général de Saint-Boniface. Pour les affaires criminelles, les tests sont effectués par le Laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada. D'autres examens spécialisés sont offerts sur demande, en utilisant des ressources offertes tant au Manitoba qu'à l'extérieur de la province.

En 2000, 5 590 décès ont été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef, ce qui représente 56 % de tous les décès survenus au Manitoba pendant l'année. Les rapports produits par le médecin légiste ou l'enquêteur indiquaient la cause ou la nature du décès, l'identité et l'âge du défunt, ainsi que les circonstances de la mort. Dans de nombreux cas, des agents de police, soit la GRC, soit des services de police municipaux, ont aidé les médecins légistes à mener leurs enquêtes.

Le Bureau du médecin légiste en chef est aussi chargé d'enquêter sur tous les décès d'enfants et d'indiquer les situations présentant un risque. Par conséquent, si un enfant meurt, non seulement le Bureau mène une enquête conformément à la *Loi sur les enquêtes médico-légales*, mais il examine aussi les actions prises par les Services à l'enfant et à la famille s'il y a lieu pour présenter ensuite un rapport à l'attention du ministre des Services à l'enfant et à la famille.

Le Bureau du médecin légiste en chef participe activement aux programmes de don des yeux, de tissus et d'organes. Cette participation a permis de faire régulièrement des dons à la banque des yeux et au programme de greffe du club Lions.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les services chargés de l'application de la loi et aux organismes connexes qui ont collaboré aux enquêtes menées par le Bureau au cours de l'année. Nous remercions aussi les médecins légistes de la province qui ont fait preuve de beaucoup de dévouement et de professionnalisme malgré les conditions souvent difficiles.

STATISTIQUES SUR L'ENSEMBLE DE CAS - 2000

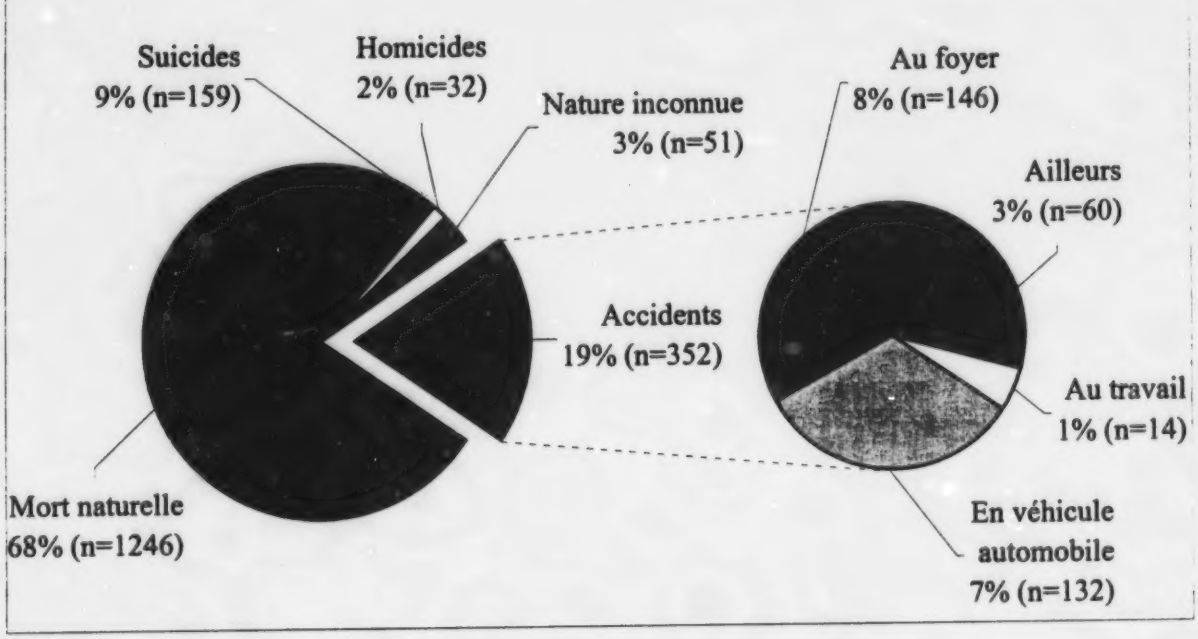
Cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes	**1 840**
Cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes	**3 750**
Total	**5 590**

RÉSUMÉ DE L'ENSEMBLE DE CAS DE 1986 À 2000

ANNÉE	TOTAL
1986	2 605
1987	2 503
1988	2 541
1989	2 582
1990	2 633
1991	2 713
1992	2 741
1993	2 850
1994	3 150
1995	3 188
1996	3 031
1997	3 197
1998	3 178
1999*	5 567
2000*	5 590

Nota : À compter de 1999, le nombre total de cas ayant fait l'objet d'une étude sur l'ensemble des cas figurant dans le Rapport annuel, comprendra tous les cas ayant été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef. Dans les rapports annuels antérieurs à 1999, les totaux incluaient seulement les cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par un médecin légiste et par les enquêteurs du médecin légiste. Certains cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes, notamment les décès survenus dans les foyers de soins personnels, n'étaient pas compris dans ces calculs puisqu'une attestation de décès par des médecins légistes n'était alors pas requise. Par conséquent, depuis 1999, le nombre total de cas donne un aperçu beaucoup plus juste de l'ensemble des cas traités annuellement par le Bureau du médecin légiste en chef.

Nature des cas attestés de décès ayant fait l'objet d'une enquête durant l'année 2000



RÉPARTITION DES CAS PAR RÉGION

NATURE DU DÉCÈS	Région urbaine	Région rurale	Total
Cause naturelle	3 520	1 476	4 996
Accidents au foyer*	115	31	146
Accidents d'automobile	42	90	132
Accidents ailleurs	28	32	60
Accidents au lieu de travail	6	8	14
Suicides	87	72	159
Homicides	22	10	32
Cause inconnue	35	16	51
TOTAL	**3 855**	**1 735**	**5 590**

Nota : Dans ces statistiques, le terme « région urbaine » se rapporte à Winnipeg et à Brandon seulement, même si d'autres villes du Manitoba pouvaient être considérées comme des « régions urbaines ».

CATÉGORIES DE DÉCÈS AYANT FAIT L'OBJET D'ENQUÊTES ET D'ATTESTATIONS

HOMICIDES

Région	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Urbaine	15	7	22
Rurale	5	5	10
Total	20	12	32

HOMICIDES SELON L'ÂGE ET LA MÉTHODE

Méthode	Âge 0 à 9	10 à 19	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 et +	Total
Enfant maltraité/ Nourrisson secoué	5	1	0	0	0	0	0	6
Armes à feu	0	0	0	1	0	0	1	2
Arme contondante/ Violence	0	3	2	1	1	0	3	10
Arme à lame pointue/ Coupure par arme tranchante	0	1	3	0	3	2	0	9
Violence familiale	0	0	1	0	2	0	0	3
Autre	0	0	1	0	0	0	1	2
Total	5	5	7	2	6	2	5	32

SUICIDES

Région	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Urbaine	64	23	87
Rurale	55	17	72
Total	**119**	**40**	**159**

SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE

	Âge									
Sexe	**0 à 9**	**10 à 19**	**20 à 29**	**30 à 39**	**40 à 49**	**50 à 59**	**60 à 69**	**70 à 79**	**80 et +**	**Total**
Masculin :										
Non autochtones	0	9	15	10	22	17	5	9	2	89
Autochtones	0	8	13	5	2	1	1	0	0	30
Féminin :										
Non autochtones	0	2	2	7	4	6	1	0	1	23
Autochtones	1	6	6	3	1	0	0	0	0	17
Total	**1**	**25**	**36**	**25**	**29**	**24**	**7**	**9**	**3**	**159**
Taux par 100 000 hab.	**0,63**	**15,17**	**23,60**	**14,53**	**16,69**	**18,95**	**8,16**	**12,47**	**7,03**	**13,83**

Nota : Le taux par 100 000 habitants est calculé en fonction de la population par groupes d'âge au Manitoba en juin 2000 (source : Santé Manitoba).

MÉTHODES DE SUICIDE

Méthode	Sexe masculin	Sexe féminin	Total	Total (en pourcentage)
Pendaison/Asphyxiation	55	22	77	48,4 %
Armes à feu	32	1	33	20,8 %
Surdose de drogue	10	10	20	12,6 %
Oxyde de carbone	12	1	13	8,2 %
Noyade	1	2	3	1,9 %
Saut dans le vide	1	1	2	1,3 %
Autre	8	3	11	6,9 %
Total	**119**	**40**	**159**	**100,0 %**

SUICIDES SELON LA RÉGION ET LE MOIS

Mois du décès	Région urbaine	Région rurale	Total
Janvier	10	6	16
Février	7	4	11
Mars	7	4	11
Avril	8	10	18
Mai	8	8	16
Juin	9	8	17
Juillet	5	6	11
Août	10	3	13
Septembre	4	5	9
Octobre	6	9	15
Novembre	6	4	10
Décembre	7	5	12
Total	87	72	159

MORTS ACCIDENTELLES

Accidents non routiers

Lieu de travail	Région urbaine	Région rurale	Total des morts
Secteur agricole	0	5	5
Secteur du transport	2	1	3
Secteur de la construction	1	1	2
Secteur minier	1	1	2
Secteur forestier	1	0	1
Autre	1	0	1
Total	**6**	**8**	**14**

Au foyer

Chute	66	5	71
Surdose (drogue ou alcool)	26	5	31
Inhalation de fumée	6	11	17
Asphyxie	4	3	7
Brûlure / Ébouillantage	5	0	5
Autre	8	7	15
Total	**115**	**31**	**146**

Ailleurs

Noyade	6	16	22
Chute	11	1	12
Exposition (à un agent provoquant la mort)	2	10	12
Intoxication à l'oxyde de carbone	3	1	4
Accident thérapeutique	2	0	2
Autre	4	4	8
Total	**28**	**32**	**60**

Accidents en véhicules automobiles	Région urbaine	Région rurale	Nombre total de morts
Véhicule – véhicule	14	35	49
Un seul véhicule	8	31	39
Véhicule – piéton	11	8	19
Motoneige	0	8	8
Véhicule – objet fixe	4	1	5
Plusieurs véhicules	2	2	4
Véhicule - motocyclette	1	1	2
Trois roues – véhicule tout terrain	0	2	2
Véhicule – train	0	1	1
Véhicule - bicyclette	1	0	1
Motocyclette	1	0	1
Autre	0	1	1
Total	**42**	**90**	**132**
Nombre total des accidents non routiers	**149**	**71**	**220**
Nombre total des accidents routiers	**42**	**90**	**132**
Nombre total de morts accidentelles	**191**	**161**	**352**

MORTS DONT LA NATURE EST INCONNUE

Cause du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Surdose (drogue ou alcool)	10	4	14
Aucune cause physique connue	5	6	11
Mort subite du nourrisson (MSN)	2	3	5
Noyade	1	1	2
Autre	14	5	19
Total	**32**	**19**	**51**

MORTS NATURELLES

Cas attestés de morts naturelles selon la cause

Cause du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Maladie du cœur	476	242	718
Maladie pulmonaire	88	83	171
Hémorragie	56	38	94
Postopératoire	27	26	53
Cancer	25	12	37
Préopératoire	5	3	8
Cause inconnue	5	2	7
Mort-né	1	0	1
Autre	88	69	157
Total	**771**	**475**	**1 246**

Cas attestés de morts naturelles selon l'âge

Groupe d'âge	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Mort-né	1	0	1
Moins d'un an	16	8	24
1 à 9	1	6	7
10 à 19	5	6	11
20 à 29	4	8	12
30 à 39	26	11	37
40 à 49	64	32	96
50 à 59	114	42	156
60 à 69	173	87	260
70 à 79	211	115	326
80 à 89	130	109	239
90 à 99	26	49	75
Plus de 100 ans	0	2	2
TOTAL	**771**	**475**	**1 246**

Nota : Depuis le mois de mai 1995, à la suite d'une décision de la Cour provinciale du Manitoba, les cas de mortinatalité ne font plus l'objet d'enquête.

RÉSUMÉ DES MORTS D'ENFANTS
(âgés de 0 à 17 ans inclusivement)

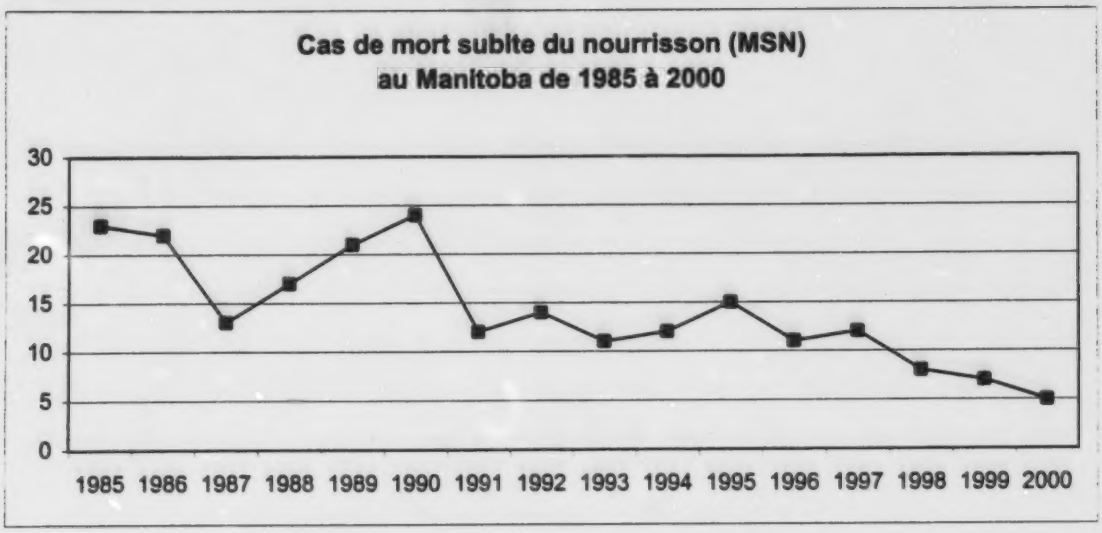
Nature du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Causes naturelles*	22	18	40
Causes naturelles*	35	33	68
Accidents au foyer	4	4	8
Accidents hors du foyer	6	2	8
Accidents d'automobiles	8	4	12
Accidents au lieu de travail	2	0	2
Suicides	9	9	18
Homicides	4	4	8
Causes inconnues	6	5	11
Total	**96**	**79**	**175**

Nota : 5 cas de mort subite du nourrisson (MSN) sont inclus dans la catégorie « causes inconnues ».
* Cas attestés de mort naturelle ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes.
** Cas de mort naturelle ayant fait l'objet d'enquêtes par les enquêteurs du médecin légiste seulement.

RÉSUMÉ DES MORTS DE RÉSIDENTS
EN FOYERS DE SOINS PERSONNELS

Nature du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Causes naturelles*	48	56	104
Causes naturelles*	815	1 548	2 363
Accidents au foyer	6	19	25
Accidents hors du foyer	1	0	1
Accidents d'automobiles	0	0	0
Accidents au lieu de travail	0	0	0
Suicides	0	0	0
Homicides	1	0	1
Causes inconnues	1	0	1
Total	**872**	**1623**	**2 495**

* Cas attestés de mort naturelle ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes.
** Cas de mort naturelle ayant fait l'objet d'enquêtes par les enquêteurs du médecin légiste seulement.

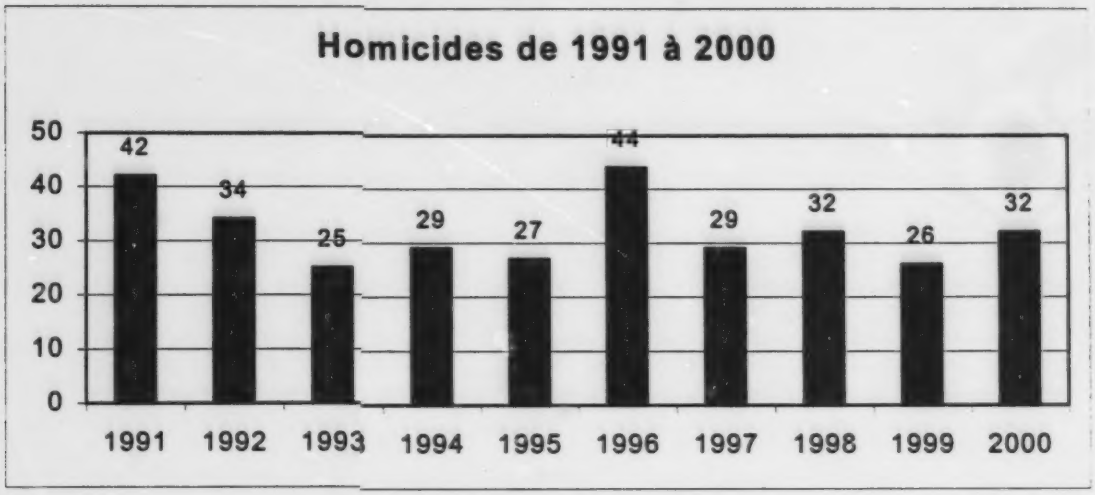


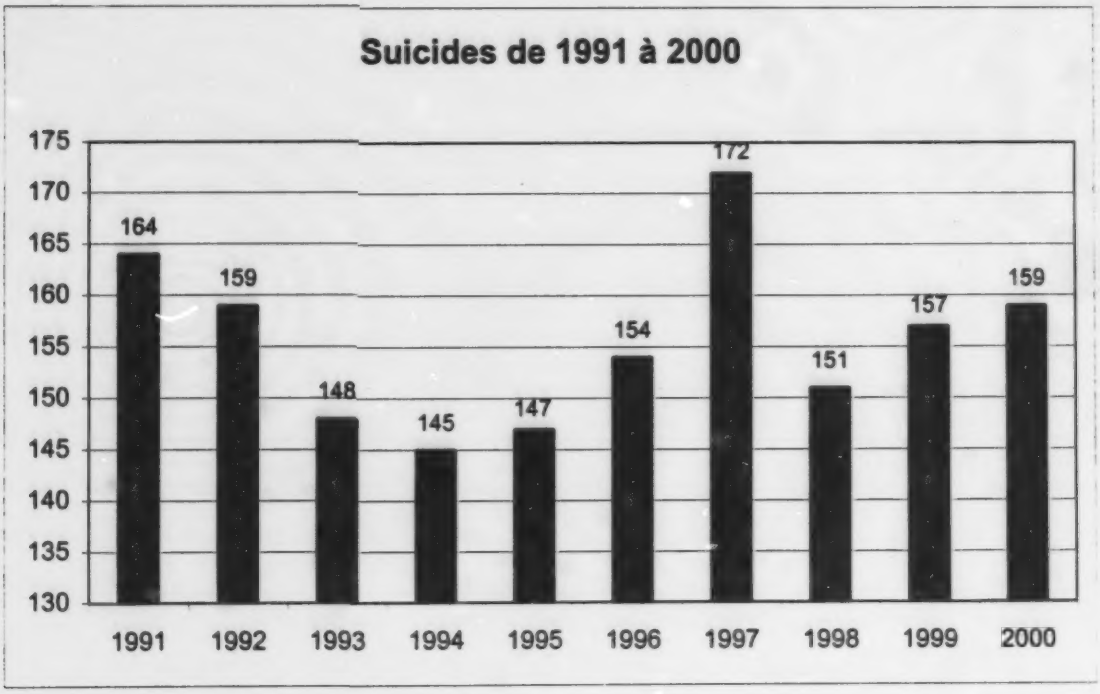
L'incidence globale d'un cas de mort subite du nourrisson est de 1 cas sur 2 800 naissances vivantes. Bien que la MSN puisse survenir à n'importe quel moment durant la première année de la vie, c'est au cours des quatre premiers mois qu'elle se produit le plus souvent au Manitoba.

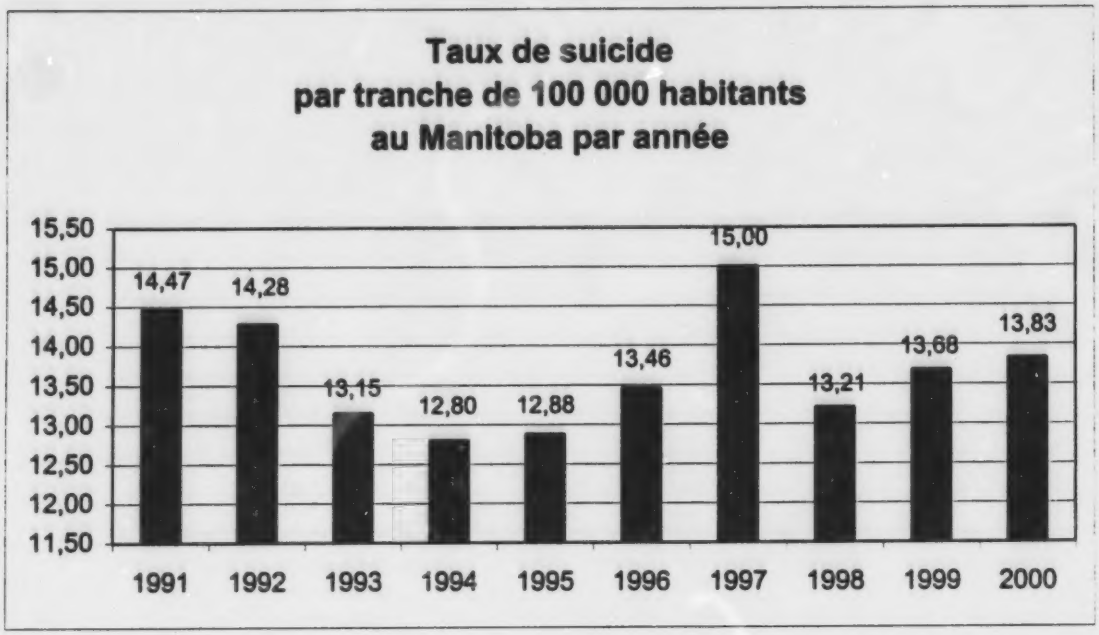
MORT SUBITE DU NOURRISSON (MSN) AU MANITOBA AU COURS DE L'ANNÉE 2000

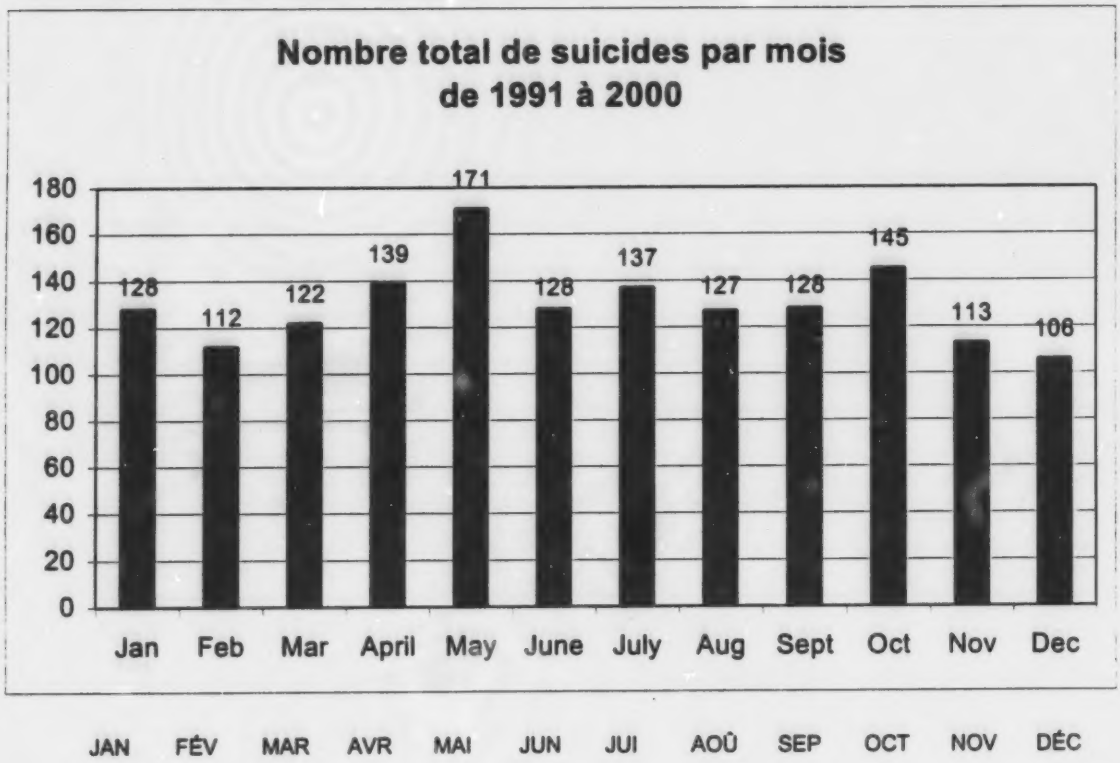
Groupe d'âge	0 à 4 mois	5 à 8 mois	9 à 12 mois	Total
Janvier	0	0	0	0
Février	0	0	0	0
Mars	0	0	0	0
Avril	0	0	0	0
Mai	0	0	0	0
Juin	0	0	0	0
Juillet	1	0	0	1
Août	0	0	0	0
Septembre	2	0	0	2
Octobre	2	0	0	2
Novembre	0	0	0	0
Décembre	0	0	0	0
Total	5	0	0	5

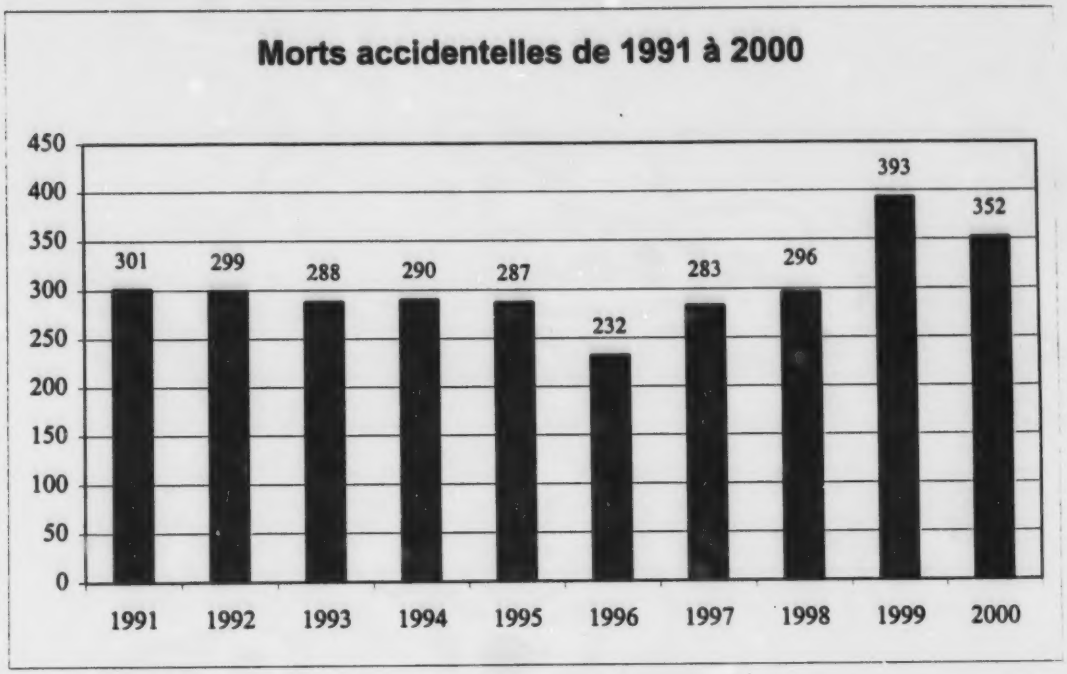
NOMBRE DE MORTS AU MANITOBA
EXAMEN DE LA DÉCENNIE



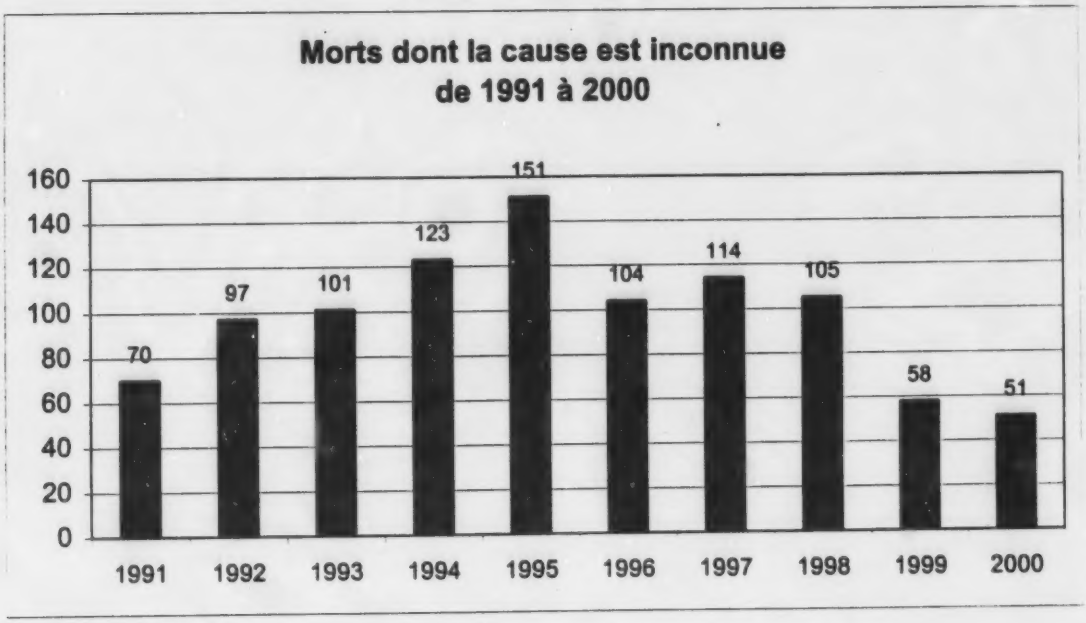



Taux de suicide
par tranche de 100 000 habitants
au Manitoba par année
15,50
15,00
14,50
14,00
13,50
13,00
12,50
12,00
11,50
14,47
14,28
13,15
12,80
12,88
13,46
15,00
13,21
13,68
13,83
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000


Nombre total de suicides par mois
de 1991 à 2000
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
128
112
122
139
171
128
137
127
128
145
113
106
Jan
Feb
Mar
April
May
June
July
Aug
Sept
Oct
Nov
Dec
JAN
FÉV
MAR
AVR
MAI
JUN
JUI
AOÛ
SEP
OCT
NOV
DÉC



Nota : À partir de 1999, la hausse des données reflète le changement de catégorie des décès survenus à la suite de chutes dans les foyers de soins personnels, cette catégorie étant passée de naturelle à accidentelle.



ENQUÊTES

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Rapports d'enquête en instance au 31 décembre 1999	9
Cas ayant fait l'objet d'une enquête du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2000	7
Rapports d'enquête soumis du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2000	5
Rapports d'enquête en instance au 31 décembre 2000	11

CATÉGORIES D'ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Résumé des rapports d'enquête présentés
(du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2000)

Hôpital ou établissement	Accidentelle	1
	Total	1
Police ou incarcération	Homicide	1
	Suicide	1
	Total	2
Sport	Accidentelle	1
	Total	1
Autre	Accidentelle	1
	Total	1

TOTAL DES RAPPORTS D'ENQUÊTE PRÉSENTÉS EN 2000 5

Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour l'année 2000

DOSSIER DU CAS N° 1908/97

Cause du décès : Tuméfaction cérébrale secondaire à un traumatisme crânien

Nature du décès : Accidentelle

Circonstances : Le défunt, un jeune homme de 16 ans s'est blessé à la tête alors qu'il participait à un camp de judo. Il se plaignait de se sentir comme s'il allait s'évanouir, mais on n'a procédé à aucune enquête. Le lendemain, lors d'une démonstration d'entraînement, il a été projeté sur le tapis et sa tête a heurté le tapis. Il est demeuré conscient pendant 10 à 15 minutes puis il s'est écroulé. Il a aussitôt été transporté à Winnipeg, par avion, dans le but d'être traité. Un tomodensitogramme a montré un œdème important au côté droit, un infarctus probable et des hémorragies punctiformes. Malgré un traitement agressif, son état n'a pas cessé de se détériorer.

Recommandations judiciaires :

1. Que les directives suivantes soient appliquées pour tous les sports amateurs qui s'adressent aux jeunes au Manitoba.

DIRECTIVES POUR REPRENDRE LA PRATIQUE D'UN SPORT SUITE À UNE COMMOTION**

	Signes de détérioration	Si 1re commotion	Si 2e commotion	Si 3e commotion
1er degré (léger)	Aucune perte de conscience ni signe de traumatisme crânien* pendant **moins** de 15 minutes.	Peut reprendre activité sportive si aucun signe de traumatisme crânien* pendant 1 semaine.	Peut reprendre activité sportive après 2 semaines si, à ce moment, aucun signe de traumatisme crânien* pendant 1 semaine.	Fin de la saison. Pourra reprendre activité sportive la saison prochaine si aucun signe de traumatisme crânien*.
2e degré (modéré)	Aucune perte de conscience mais signes de traumatisme crânien* pendant **plus** de 15 minutes.	Peut reprendre activité sportive si aucun signe de traumatisme crânien* pendant 1 semaine.	Aucune activité sportive pendant un minimum d'un mois puis peut reprendre si aucun signe de traumatisme crânien* pendant 1 semaine; envisager devoir mettre fin à la saison.	Fin de la saison. Pourra reprendre activité sportive la saison prochaine si aucun signe de traumatisme crânien*.
3e degré (sévère)	Perte de conscience	Aucune activité sportive pendant un minimum d'un mois	Fin de la saison. Pourra reprendre activité sportive la	

		puis peut reprendre si aucun signe de traumatisme crânien* pendant 1 semaine.	saison prochaine si aucun signe de traumatisme crânien*.	

* Les symptômes liés au traumatisme crânien comprennent maux de tête, étourdissements, confusion, vision trouble, faible concentration, perte de la coordination, nausées et vomissements, réactions motrices et verbales tardives.

** Directives Cantu1986

2. Qu'aussitôt qu'un jeune présente une blessure à la tête, une mise en garde, au même titre que les recommandations de l'Association du motocross, soit émise aux parents ou au tuteur de l'enfant ayant subi ce genre de blessure à la tête.

3. Que les formulaires de renseignements médicaux utilisés lors d'épreuves athlétiques soient modifiés pour y inclure une section sur les blessures à la tête de façon à établir avec précision si le jeune a déjà souffert de commotion cérébrale.

4. Que les organisations de sport amateur du Manitoba examinent la possibilité pour les arbitres d'interrompre toute activité sportive pour cause médicale si l'on croit qu'un athlète a subi une commotion.

5. Que les organisations de sport amateur du Manitoba s'assurent que les entraîneurs encouragent les jeunes athlètes à leur faire part de toute douleur et de tout malaise ressentis lors de la pratique d'un sport et des dangers inhérents découlant de ce manque de communication entre les athlètes et les entraîneurs.

DOSSIER DU CAS N° 1851/96

Cause du décès : Inhalation de fumée

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Un incendie s'est déclaré au sous-sol d'une église où se situait une garderie. L'incendie a été provoqué lorsqu'un des employés, en pause pour fumeurs dans une pièce à part, a négligemment jeté une allumette. Une jeune enfant de 2 ans a perdu la vie dans cet incendie.

Recommandations judiciaires :

1. Que la direction des garderies entreprenne une étude auprès des coordonnateurs, du personnel de surveillance ou des organisations des garderies agréées afin d'établir avec précision si certaines garderies sont ou ne sont pas à proximité de situations

susceptibles de présenter un danger et qui nécessiteraient une réévaluation ou un examen de la part du Directeur des organisations de garderies.

2. Que des inspections **annuelles** de prévention des incendies soient effectuées dans les garderies. Cet objectif peut être atteint en particulier grâce à la coopération conjointe du Bureau du commissaire aux incendies, du Bureau des garderies, des services locaux de protection contre l'incendie, des services municipaux et d'autres intervenants. Les personnes qui effectuent actuellement les inspections varieront d'une compétence à l'autre selon les ressources et la main-d'œuvre disponibles à l'intérieur de cette compétence.

3. Que le Bureau du commissaire aux incendies entreprenne des consultations auprès du ministère provincial des Affaires gouvernementales, de l'Association des municipalités, du Bureau des garderies et d'autres parties intéressées, pour examiner l'étendue de l'utilité des systèmes de protection contre les incendies actuellement en place par rapport aux garderies agréées.

4. Que le Bureau du commissaire aux incendies lance un débat à l'échelle nationale, sur l'importance et la faisabilité, pour les édifices qui abritent des garderies agréées, de munir chaque pièce utilisée par une garderie ou adjacente à la garderie d'un détecteur de fumée et sur la nécessité d'installer des extincteurs automatiques, des murs de protection, des portes coupe-fumée, etc.

5. Que le Bureau du commissaire aux incendies ajoute les garderies agréées à sa liste pour des séances à teneur éducative.

6. Que le Bureau du commissaire aux incendies et le Bureau des garderies définissent un programme de formation destiné aux garderies agréées relatif aux procédures d'évacuation d'urgence et à d'autres questions concernant la sécurité en cas d'incendie.

7. Que le Bureau du commissaire aux incendies et le Bureau des garderies consultent les normes de sécurité d'incendie de ces centres afin qu'elles soient supérieures aux exigences du code de prévention des incendies.

8. Que les garderies agréées fournissent aux services locaux de protection contre l'incendie une mise à jour des plans d'étage de l'espace qu'elles utilisent. Il incombe ensuite aux services locaux de protection contre l'incendie de se servir de ce genre de renseignements pour les aider à bien accomplir leurs tâches.

9. Que les garderies agréées établissent des procédures d'évacuation d'urgence conjointement avec les services locaux de protection contre les incendies.

10. Que les services locaux de protection contre l'incendie participent aux exercices d'évacuation en cas d'incendie effectués par les garderies agréées au moins occasionnellement pour un certain temps.

11. Que les programmes de garderie d'enfants à caractère éducatif fournissent aux travailleurs des services à l'enfance, de l'information sur la sécurité incendie.

12. Que les membres de la Commission des garderies agréées reçoivent une formation adéquate par rapport aux rôles et aux responsabilités de leur centre sur les questions de sécurité incendie.

13. Que la délivrance d'une licence pour une garderie exige qu'il y ait une condition d'emploi obligatoire pour tous les postes occupés dans un centre à l'effet que, fumer à l'intérieur des locaux du centre soit un motif valable justifiant un renvoi.

14. Que la Commission encourage les membres du personnel (à temps partiel ou non) à porter à leur attention toutes questions sur la sécurité incendie.

DOSSIER DU CAS N° 3148/97

Cause du décès : Septicémie suite à une fracture du fémur

Nature du décès : Accidentelle

Circonstances : Cette dame de 82 ans à la mobilité sévèrement restreinte résidait dans un foyer de soins personnels. Le 8 décembre 1997, le foyer a engagé un chauffeur pour amener la dame à un rendez-vous chez le médecin puis pour la ramener au foyer. Le chauffeur a dû freiner brusquement provoquant la chute de la résidente hors de son moyen de déplacement. On l'a emmenée à l'hôpital où elle a subi une opération de la partie inférieure du fémur droit. À la suite d'autres complications médicales, elle est décédée le 30 décembre 1997.

Recommandations judiciaires :

1. La Commission de réglementation des taxis devrait comporter un module de formation spécifique dans le cadre de sa démarche pour la délivrance d'un permis. Cette formation devrait inclure le visionnement de bandes vidéos d'une ou deux grandes sociétés qui s'occupent des dispositifs de retenue des occupants et des équipements de déplacement. La formation devrait inclure la participation de membres de la collectivité des handicapés et des membres d'organismes pour les personnes handicapées. Ces groupes devraient offrir de la formation dans le domaine du service à la clientèle. La formation devrait mettre l'accent sur l'aspect pratique par l'essai des systèmes de retenue.

2. Les propriétaires de véhicules autorisés par la Commission de réglementation des taxis à transporter des personnes handicapées devraient fournir, à la Commission de réglementation des taxis, des rapports mensuels d'inspections de leur véhicule faites au hasard afin de s'assurer que les devoirs positifs imposés à leurs conducteurs sont respectés. Les organismes pour personnes handicapées devraient envisager la possibilité d'établir un programme conjoint avec les propriétaires de ces compagnies de taxis qui fournirait, chaque année aux conducteurs, des cours de recyclage liés au fonctionnement des dispositifs de protection et à la méthode personnalisée avec laquelle ces dispositifs devraient être utilisés.

3. La Commission de réglementation des taxis devrait s'assurer que les propriétaires autorisés à transporter des personnes handicapées reçoivent une information claire sur l'état actuel de la réglementation, des normes et des fabricants. Cette information devrait être accessible à tout le public, tout particulièrement aux consommateurs qui désirent obtenir une telle information.

4. Plusieurs amendements devraient être apportés au règlement 201/91 de la *Loi sur les taxis*. Tout particulièrement, un devoir positif et réglementé devrait être imposé à tous les conducteurs qui transportent des individus utilisant un moyen de déplacement qui ferait en sorte que ces conducteurs possèdent un dispositif de retenue des occupants et offrent à leurs passagers de les utiliser avant de mettre le véhicule en marche. La Commission de réglementation des taxis devrait mettre sur pied un groupe de travail formé d'intervenants auprès de la clientèle et d'organismes pour personnes handicapées pour s'occuper des inquiétudes spécifiques relatives à la clientèle adulte aux prises avec des problèmes cognitifs ou de communication.

5. Le règlement 201/91 de la *Loi sur les taxis* devrait aller jusqu'à créer le devoir positif imposé aux conducteurs de véhicules qui transportent des individus utilisant un moyen de déplacement, pour faire en sorte que les dispositifs de retenue des équipements de déplacement soient fixés et qu'ils soient fixés correctement avant de mettre le véhicule en marche. Le dispositif de retenue devrait être conforme à la norme 409-92 ou à la norme établie à l'Annexe 1 de la *Loi sur les taxis*. La seule raison pouvant faire exception à ce devoir positif serait qu'une personne handicapée obtienne une dérogation valide émise par le ***Code de la route***.

6. *La Loi sur les taxis* devrait être modifiée de sorte qu'il soit obligatoire, pour tous les enfants de moins de 18 ans utilisant un moyen de déplacement, qu'ils soient installés dans des équipements de déplacement munis de dispositif de retenue avant que le conducteur ne mette le véhicule en marche, sous réserve d'exemptions d'ordre médical.

7. Le ministère de la Voirie et du Transport, en collaboration avec des organismes pour personnes handicapées, devrait informer le public sur la disponibilité des dispositifs de retenue et de déplacement et sur les avantages que procure l'utilisation de ces dispositifs en matière de sécurité. Une information publique devrait être fournie à de tels organismes afin d'aider les conducteurs bénévoles ou rémunérés à obtenir la

formation appropriée sur la sécurité lors du transport de personnes qui utilisent un moyen de déplacement.

8. Plusieurs amendements de fond sont requis en vertu du ***Code de la route***, concernant les véhicules qui transportent des personnes utilisant un moyen de déplacement à l'exception des véhicules privés. Avant la mise en place de ces amendements, le ministère de la Voirie et du Transport doit procéder à une collecte de données afin de déterminer le nombre de véhicules utilitaires qui transportent actuellement des personnes utilisant un moyen de déplacement dans la Province du Manitoba.

9. Le ministère de la Voirie et du Transport devrait tenir des séances de consultation auprès des organismes municipaux et provinciaux en plus des organismes sans but lucratif en charge du transport des personnes handicapées, de la Commission de réglementation des taxis, des maisons de soins infirmiers, des résidences de soins de santé et des organismes pour personnes handicapées afin d'évaluer les calendriers d'activités et les répercussions qui découleront des amendements au ***Code de la route*** ou à ses règlements, y compris les frais pour le consommateur et l'exploitant.

10. Le terme « position assise » devrait être défini en vertu du ***Code de la route***. Cette définition devrait inclure les positions adaptées et utilisées lors du transport des individus utilisant un moyen de déplacement. L'amendement s'appliquerait à tous les véhicules utilisés pour le transport de personnes qui nécessitent un moyen de déplacement y compris les équipements de déplacement utilisés dans les maisons de soins infirmiers, les établissements de soins de santé, les hôpitaux, les véhicules sous contrat avec les administrations locales et municipales, les organismes à but non lucratif et les véhicules utilitaires. L'amendement ne s'appliquerait pas aux véhicules privés.

11. Les amendements au ***Code de la route*** devraient inclure un minimum de normes de sécurité établies et des contrôles réguliers de ces normes. Les véhicules assujettis à de telles règles de sécurité seraient les mêmes que ceux indiqués dans la définition modifiée de « position assise » énoncée dans la ***Loi***. La cohérence quant aux normes est impérative et il faudrait réfléchir à l'Annexe 1 sur l'amendement 237/97 de la *Loi sur les taxis* qui se rapporte au siège du passager qui utilise un moyen de déplacement et aux moyens de déplacement.

12. D'autres amendements au ***Code de la route*** devraient être envisagés afin d'intégrer la parité avec les amendements suggérés à la *Loi sur les taxis* mentionnée en référence.

DOSSIER DU CAS N° 1966/99

Cause du décès : Pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Cet homme de 44 ans était détenu à l'établissement de Stony Mountain après avoir plaidé coupable, le 23 juin 1999, à une accusation de meurtre au deuxième degré. À son arrivée à l'organisme de correction, il a menacé de se suicider si on ne le transférait pas dans l'Est du Canada dans les trente prochains jours. Selon le médecin de la prison qui, le 11 août, a procédé à une évaluation du détenu, celui-ci n'était pas suicidaire à ce moment. Le 15 août, vers 1 heure du matin, le défunt a été vu étendu dans sa cellule et semblait dormir. À 2 heures 15, il a été vu une autre fois, étendu sur le plancher de sa cellule et soupçonnant quelque chose d'anormal, un agent a appelé un autre agent. La cellule n'a pas été ouverte avant l'arrivée d'un surveillant. Le défunt a été trouvé avec une corde autour du cou qu'il avait fixée à la partie supérieure de sa couchette. La corde a été coupée, on a procédé à la réanimation cardio-respiratoire et on a fait venir l'infirmière en service de garde. L'infirmière est arrivée environ trente minutes plus tard, a administré de l'oxygène mais n'a pu sauver le détenu.

Recommandations judiciaires :

1. Que tous les efforts soient déployés pour éviter des défaillances au niveau des communications entre la Couronne, le Service correctionnel et les Libérations conditionnelles.

2. Que les détenus soupçonnés d'avoir des idées suicidaires et qui ne sont pas placés dans des cellules munies de caméra devraient faire l'objet d'une vérification à toutes les quinze minutes et devraient être constamment surveillés à l'aide d'un écran de surveillance. De plus, les agents de correction devraient recevoir l'ordre de porter une surveillance particulière à ces détenus.

3. Que l'on rappelle au personnel l'importance de noter et de mettre au clair tous les échanges qu'ils ont entre eux afin de diminuer les problèmes de communication dans l'avenir.

4. Que l'on embauche des techniciens médicaux en remplacement des infirmières autorisées lorsque ces dernières ne sont pas disponibles et que l'on se munisse d'équipements de secourisme tels que des défibrillateurs pour lesquels des inspections seront effectuées.

5. Que l'on envisage la possibilité d'augmenter le personnel et que deux agents soient présents avant d'ouvrir la porte de la cellule et qu'un agent se trouve dans l'enceinte vitrée.

6. Que, lors d'une enquête régionale, les entrevues effectuées par les enquêteurs soient enregistrées sur bande magnétophonique.

7. Que les quatre recommandations de la Commission d'enquête soient approuvées.

    1. Les agents de correction devraient être informés des circonstances et des moments selon lesquels ils peuvent pénétrer dans une cellule;

    2. Les agents de correction devraient être informés des circonstances selon lesquelles la présence d'un surveillant correctionnel n'est pas nécessaire pour superviser leur entrée dans la cellule d'un détenu;

    3. Les contrôles de ronde de Diester devraient être respectés;

    4. Ces quatre recommandations devraient être appliquées à l'horaire des établissements et toutes les horloges et systèmes, y compris le système de Diester, devraient être contrôlés et synchronisés.

DOSSIER DU CAS N° 1860/95

Cause du décès : Blessures multiples avec un couteau

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Cet homme de 24 ans était détenu à l'établissement de Stony Mountain. Le 9 août 1995, il s'est présenté, blessé et ensanglanté, dans le haut d'une cage d'escalier. Il a été amené au centre de santé de l'établissement où le personnel médical a tenté d'arrêter l'hémorragie et de stabiliser son état. Il a été amené d'urgence à l'hôpital en ambulance. À l'hôpital, des tentatives pour le réanimer ont échoué et il a été déclaré mort.

Recommandations judiciaires :

1. Que l'établissement de Stony Mountain, lors de la formation de son personnel, souligne l'importance de noter, par écrit, toute information importante et pertinente et ce, avant de quitter l'établissement à la fin de la journée sauf lors de circonstances exceptionnelles.

2. Que l'établissement de Stony Mountain, lors de la formation des agents de gestion des cas, souligne l'importance d'avoir la possibilité de présenter une opinion dissidente de l'évaluation de la part de risque du Rapport récapitulatif sur l'évolution du cas.

CAS RAPPORTÉS DE DÉCÈS D'ENFANTS PRIS EN CHARGE*

Année	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
1991	16	17	33
1992	16	10	26
1993	18	12	30
1994**	36	32	68
1995**	27	21	48
1996	33	19	52
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
Total	**277**	**224**	**501**

* Un « enfant pris en charge » est défini au paragraphe 10(1) (a) et (b) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ces cas ne réfèrent **PAS** uniquement aux enfants placés en famille d'accueil ou en foyers alternatifs.

** Les cas de mortinatalité étaient rapportés en 1994 et 1995. Depuis le mois de mai 1995, à la suite d'une décision de la Cour provinciale du Manitoba, les cas de mortinatalité ne font plus l'objet d'enquêtes.

Le paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* énonce :

> S'il reçoit un rapport d'enquête à l'égard d'un enfant décédé et si, au moment du décès ou dans les deux ans qui ont précédé le décès,
>
> (a) l'enfant avait été confié à un organisme au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* ou
>
> (b) si un des parents, un tuteur ou un frère ou une sœur de l'enfant recevait les services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*,
>
> le médecin légiste en chef est tenu, afin d'évaluer la qualité ou le niveau des soins ou des services fournis, d'examiner les dossiers de l'organisme concernant l'enfant, le parent, le tuteur, le frère ou la sœur ainsi que les mesures prises par l'organisme à son égard.

Dans le cadre de cet examen, le médecin légiste en chef a l'autorité d'examiner les dossiers d'un organisme et de faire une copie confidentielle de tout document jugé nécessaire, d'enquêter par entrevue auprès du personnel de l'organisme, et d'exercer, aux fins d'analyse, tous les pouvoirs d'enquête prévus aux paragraphes 7(5) et 9(7) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

Conformément au paragraphe 10(5), le médecin légiste en chef peut inclure dans son rapport annuel un résumé des recommandations contenues dans les rapports faits en vertu du paragraphe 10(3) au cours de l'année précédente. Ce résumé est fourni sans que soient divulgués des noms de personnes ou d'organismes, ou des renseignements qui pourraient permettre de connaître l'identité d'un enfant, ou des parents ou du tuteur de l'enfant.

Résumé des recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille pour 2000

Outre les 22 rapports (concernant 23 enfants) dont la description va suivre, les services fournis à quatre autres enfants ont fait l'objet d'un examen en 2000 (pour un total de 27 cas englobant les 26 rapports). Pour ces quatre cas, le médecin légiste en chef n'a fait aucune recommandation en ce qui concerne les services fournis par les organismes en cause.

DÈCÈS PAR MORT NATURELLE

DOSSIER DU CAS N° 0431/97

Cause du décès : Anomalie congénitale

Recommandations :

1. Que le premier des deux organismes concernés répondent rapidement aux demandes de renseignements.
2. Que les deux organismes procèdent à l'évaluation des membres survivants de la famille de l'enfant décédé et s'engagent à planifier et à mettre en place des mesures conjointes.
3. Que le deuxième organisme s'assure qu'un hôpital local qui accueillerait la mère lors d'un prochain accouchement, serait informé de la nécessité d'une évaluation suite à la naissance de l'enfant.

DOSSIER DU CAS N° 1022/99

Cause du décès : Pneumonie

Recommandations :

1. Que la participation du Service à l'enfant et à la famille mandaté pour trouver un hébergement à des enfants présentant une maladie chronique soit cessée s'il n'y a aucune autre préoccupation ayant trait au bien-être de l'enfant.

DOSSIER DU CAS N° 1088/99

Cause du décès : Prématurité causée par le décollement prématuré du placentaire

Recommandations :

2. Que les renseignements soient rapidement fournis par l'organisme.

MORTS ACCIDENTELLES

DOSSIER DU CAS N° 1949/98

Cause du décès : Blessures multiples causées par un accident impliquant un seul véhicule

Recommandations :

1. Que l'organisme, conjointement avec les services de protection et de soutien pour les enfants du ministère des Services à la famille et du Logement s'assurent que les enfants survivants ne soient exposés à la violence au foyer.

DOSSIER DU CAS N° 1867/99

Cause du décès : Blessures multiples à la suite d'un accident d'automobile

Recommandations :

1. Que la prestation de services d'intervention soit rapidement fournie, y compris des évaluations complètes et des consultations effectuées par des superviseurs appropriés.
2. Que des ressources locales supplémentaires soient développées pour le placement des adolescents qui ne peuvent vivre dans leur famille.

DOSSIER DU CAS N° 1902/99

Cause du décès : Exsanguination à la suite d'un accident d'automobile

Recommandations :

1 Qu'il y ait une nécessité de protéger les intérêts des élèves lors des enquêtes menées suite à de mauvais traitements par le personnel de l'école.
2 Que des cas de « mesure disciplinaire inappropriée » amènent une intervention proactive afin de prévenir d'autres incidents.

DOSSIER DU CAS N° 2152/00

Cause du décès : Asphyxie traumatique à la suite d'un accident d'automobile

Recommandations :

1. Que l'organisme et son personnel procèdent à la révision du processus d'enregistrement des individus ayant été reconnus coupables d'abus contre les enfants, dans le registre provincial des personnes ayant commis des abus contre les enfants.

DOSSIER DU CAS N° 0580/00

Cause du décès : Incinération à la suite d'un accident d'automobile

Recommandations :

1. Que les deux organismes qui fournissent des services à la famille de cet enfant, conjointement avec les services de protection et de soutien pour les enfants, du ministère des Services à la famille et du Logement, s'assurent que toutes les enquêtes communes sur les abus respectent les normes du programme.
2. Qu'une personne ayant une fonction supérieure au sein d'un organisme fasse une évaluation de la famille afin de déterminer si des prestations de services y sont requises.

DOSSIER DU CAS N° 3056/99 & 0030/00

Cause du décès : Inhalation de fumée causée par un incendie

Recommandations :

1. Que l'organisme conserve les dossiers sur les prestations de services fournis aux familles.
2. Qu'une évaluation des membres survivants de la famille soit effectuée pour s'assurer que des services de soutien lui soient fournis si nécessaire.

DOSSIER DU CAS N° 0341/00

Cause du décès : Brûlure thermique à la suite d'un incendie de maison

Recommandations :

1. Qu'on envisage la possibilité d'inscrire le nom d'un individu dans le registre provincial des personnes ayant commis des abus sur des enfants.
2. Qu'un enfant survivant reçoive des services d'aide psychologique dans les cas de traumatismes.
3. Que les travailleurs sociaux préposés à la protection de la jeunesse de la province, reçoivent une formation sur l'identification, l'évaluation et le traitement des enfants victimes de négligence.
4. Que les trois organismes impliqués élaborent des moyens pour faire en sorte que les familles qui déménagent continuent de recevoir des services.
5. Qu'un organisme examine, avec l'aide d'un organisme parallèle, la nécessité de rapporter rapidement les allégations de mauvais traitements à l'égard des enfants et que

de telles enquêtes soient effectuées selon les exigences de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* et des normes de programme.

DOSSIER DU CAS N° 0148/00

Cause du décès : Asphyxie par compression (co-sleeping)

Recommandations :

1. Que les dossiers informatisés des familles soient mis à jour et que les préoccupations de sécurité identifiées y soient consignées.
2. Que l'organisme obtienne des renseignements des deux provinces en ce qui a trait à la prestation des services de protection de l'enfance auprès de la famille.
3. Que soient effectuées des vérifications du casier judiciaire d'adultes impliqués dans des cas de protection des enfants.
4. Si la famille devait déménager, que des mesures soient entreprises pour s'assurer que l'organisme de protection de l'enfance en place reçoive tous les renseignements concernant la famille.
5. Que la situation familiale soit évaluée si elle devait revenir habiter au Manitoba.

DÉCÈS DE CAUSE INDÉTERMINÉE

DOSSIER DU CAS N° 2317/98

Cause du décès : Cause inconnue

Recommandations :

3. Que l'organisme conserve les dossiers de façon appropriée.
4. Qu'une évaluation de la famille soit effectuée par rapport aux problèmes identifiés.

DOSSIER DU CAS N° 0746/99

Cause du décès : Mort subite du nourrisson

Recommandations :

1. Que les interventions d'un travailleur soient analysées et que les employés soient avisés de la politique de conflit d'intérêt de l'organisme.
2. Que les travailleurs sociaux détiennent un permis du Manitoba afin d'assurer la protection du public.

DOSSIER DU CAS N° 2828/99

Cause du décès : Mort soudaine inexpliquée

Recommandations :

1. Que l'organisme en question se soumette à la norme de programme interdisant l'embauche de certains membres d'une famille dans le but de fournir des services aux autres membres de la famille.
2. Que les nouvelles normes de programme comprennent une norme similaire étant donné le conflit d'intérêt inhérent à de telles pratiques.

SUICIDES

DOSSIER DU CAS N° 1315/99

Cause du décès : Asphyxie

Recommandations :

1. Que l'organisme s'assure que les inquiétudes au sujet d'un individu, qui faisait périodiquement partie de la famille, soient consignées dans les futurs dossiers jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'inquiétudes.
2. Qu'une évaluation sur la toxicomanie concernant un autre membre de la famille soit entreprise.

DOSSIER DU CAS N° 1342/99

Cause du décès : Asphyxie

Recommandations :

1. Que l'organisme évalue les circonstances qui font que des adolescents sollicitent les différents organismes pour obtenir de l'aide financière et que des rapports écrits de ces situations soient conservés.
2. Que des normes uniformes de prestation de services soient mises en place dans toute la province pour les adolescents de 16 et 17 ans qui sollicitent les services d'un organisme de protection de l'enfance.
3. Que la création d'un centre d'hébergement de longue durée soit envisagée pour les adolescents pris en charge.

DOSSIER DU CAS N° 2033/99

Cause du décès : Asphyxie

Recommandations :

1. Que le jeune qui reçoit des secours d'urgence, avec l'intention de rester au foyer ou dans le centre d'hébergement, soit informé des services offerts par le Bureau du protecteur des enfants.
2. Que l'inscription d'un individu sur le registre provincial des personnes ayant commis des abus contre les enfants soit envisagée.
3. Deux recommandations ayant trait à la délivrance de permis à un foyer nourricier spécifique.
4. Que l'information soit transmise à la famille de l'enfant décédé.
5. Que des équipes d'intervenants multidisciplinaires soient créées pour venir en aide aux enfants pris en charge ayant des besoins importants.
6. Que les services reçus par un frère ou une sœur de l'enfant décédé soient contrôlés par l'organisme.
7. Qu'une enquête sur les abus contre un autre frère ou sœur de l'enfant décédé soit entreprise et qu'une intervention soit enclenchée si la preuve de l'abus est établie.
8. Que des travailleurs sociaux locaux soient assignés aux enfants suite à un déménagement dans une autre région de la province.

DOSSIER DU CAS N° 0382/00

Cause du décès : Asphyxie

Recommandations :

1. Que l'organisme examine l'utilité des ententes de placement volontaires.
2. Que l'organisme, conjointement avec le Bureau du protecteur des enfants et les services de protection et de soutien pour les enfants du ministère des Services à la famille et du Logement s'assurent que les deux enfants survivants reçoivent des services appropriés.
3. Qu'une formation supplémentaire soit offerte au personnel d'un des bureaux locaux de l'organisme.
4. Qu'une planification appropriée pour les enfants qui quittent un hébergement soit complétée avant leur départ.
5. Que l'organisme, le Bureau du protecteur des enfants et les services de protection et de soutien pour les enfants du ministère des Services à la famille et du Logement développent des plans à long terme à l'intention des enfants survivants.
6. Que l'organisme planifie une réunion avec les fournisseurs de services qui interviennent auprès de la famille pour s'assurer que les parents profitent d'une intervention et d'une surveillance efficaces.

DOSSIER DU CAS N° 578/00

Cause du décès : Asphyxie

Recommandations :

1. Que l'organisme échange les renseignements sur les abus sexuels contre le frère ou la sœur de l'enfant décédé avec un autre organisme.

2. Qu'un organisme s'assure que le parent de l'enfant décédé a les capacités de protéger les enfants survivants.

DOSSIER DU CAS N° 915/00

Cause du décès : Asphyxie

Recommandations :

1. Que l'organisme procède à l'évaluation des enfants survivants et développe des services visant à diminuer la négligence qu'ils ont vécue.
2. Qu'une évaluation du risque que les parents représentent pour leurs enfants soit effectuée.

DOSSIER DU CAS N° 1141/00

Cause du décès : Asphyxie

Recommandations :

1. Que les organismes fassent part de leur accord ou de leurs objections à l'interruption des ententes de placement volontaires.
2. Que l'organisme fournissant les services à la famille de l'enfant décédé réexamine sa décision de fermer le dossier étant donné la naissance prochaine d'un autre enfant.

HOMICIDES

DOSSIER DU CAS N° 625/00

Cause du décès : Broncho-pneumonie secondaire à une maladie liée à des problèmes de santé suite à un traumatisme crânien

Recommandations :

1. Que les nouvelles normes de programme provinciales s'attaquent aux questions relatives à l'embauche des membres d'une famille à titre de travailleurs offrant le soutien et qu'une indemnité journalière soit versée, au besoin, lorsque des membres d'une famille fournissent l'aide nécessaire.
2. Que l'organisme mette en œuvre un plan de gestion de cas qui servira lors des évaluations.
3. Que l'organisme recherche des évaluations similaires par rapport aux autres survivants et à leur fournisseur de soins.

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des exemplaires supplémentaires de ce rapport, veuillez communiquer avec le bureau suivant:

Bureau du médecin légiste en chef
1, avenue Wesley, bureau 210
Winnipeg (Manitoba) R3C 4C6

Tél: (204) 945-2088
Téléc.: (204) 945-2442